

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE TRAVAILLEURS SOCIAUX SUR LA  
DÉPRESSION ET L'INTERVENTION DANS LE RÉSEAU PUBLIC

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
SONIA GRENIER

AVRIL 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que « conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire. »



## REMERCIEMENTS

Sans l'enthousiasme, la passion et la générosité des six travailleurs sociaux qui ont accepté de participer à cette recherche, ce projet n'aurait été possible. Je me sens vraiment privilégiée d'avoir eu la chance d'être accueillie dans leur bureau, pour entendre ce qu'ils avaient à dire au sujet du phénomène de la dépression mais aussi au sujet des défis auxquels ils font face en tant qu'intervenants en santé mentale. Ils m'ont partagé avec beaucoup d'articulation et de rigueur leurs réflexions sur leur pratique et sur le phénomène de la dépression. Chacun à leur manière, ils ont su me livrer l'originalité de leurs stratégies d'intervention et m'ont témoigné de leur grande empathie envers les adultes souffrant de dépression. Ils m'ont aussi confié, sans pudeur et avec une grande ouverture, des pans de leur propre vécu personnel, parfois jalonné de lourdes épreuves. Je leur en suis grandement reconnaissante pour cette confiance. Ce fût six belles rencontres, enrichissantes, inspirantes et stimulantes.

Je remercie aussi mes directeurs de recherche, Michel Parazelli et Myriam Dubé, pour m'avoir soutenue de manière adaptée à mes conditions. Ils m'ont totalement respectée et encouragée dans mon rythme de travail intellectuel, dont la cadence fût parfois difficile à maintenir en raison de certaines difficultés. Michel, de par sa constante rigueur, sa grande capacité de réflexion, son analyse raffinée ainsi que sa vaste connaissance de la recherche sociale, a su m'offrir la stimulation intellectuelle nécessaire pour avancer dans ce travail de longue haleine. Il m'a aidée à aller à un autre niveau et j'ai beaucoup appris avec lui. Myriam, avec sa passion pour l'être humain, son amour de la méthodologie, son grand esprit de pédagogue ainsi que sa riche expérience en recherche et en intervention en santé mentale, a su bien m'encadrer dans la poursuite de mon mémoire. Elle a toujours cru en moi et m'a aidée à remettre en perspective mon anxiété face à l'ampleur de la tâche. Elle a

accepté de codiriger mon projet avec enthousiasme et optimisme, alors que les corrections à effectuer me paraissaient être l'équivalent du mont Everest.

Je tiens également à remercier mon frère Alexandre. Grâce à son écoute attentive ainsi qu'à ses continuels encouragements, il a énormément contribué au renouvellement et au maintien de ma motivation. Il m'a souvent rappelé d'où l'on venait et le sens de ce long projet d'études, dans les moments où mon courage et ma persévérance « battaient de l'aile ». Alex, je suis tellement chanceuse de t'avoir comme frère! Je suis vraiment fière des adultes remplis de rêves que nous sommes les deux devenus. Nous avons traversé de douloureuses et innombrables épreuves dans nos enfances et adolescences respectives, alors que nous aurions dû grandir dans l'insouciance et la légèreté. Merci d'être toujours aussi bon à mon égard! Ce diplôme de maîtrise, tu le mériteras autant que moi.

J'exprime aussi ma gratitude à l'égard de mes amies qui ont été vraiment compréhensives à mon égard, alors que je n'étais pas toujours disponible pour entretenir nos amitiés. Je pense surtout à Jennifer; je la remercie d'avoir eu la patience et la gentillesse de relire certains chapitres de ce mémoire, afin de repérer certaines erreurs grammaticales et syntaxiques ainsi que certains passages redondants.

Enfin, un merci tout particulier à deux professionnels qui ont vraiment le feu sacré, et tout un exceptionnel feu sacré. D'abord, je m'incline devant Claude Jutras, cet éducateur retraité des Centres Jeunesse de Montréal. Claude, tu te rappelles sans doute de ce soir où tu es venu me chercher vers 1h00 du matin, alors que j'étais à peine âgée de 14 ans? J'étais comme un petit oiseau aux ailes brisées et toi, tu n'as pas eu peur de la grandeur de la détresse qu'exprimait mon torrent de larmes. Tu as été en mesure de voir au-delà de la jeune adolescente démunie, qui avait besoin de protection. Tu m'as toujours traitée avec empathie et respect, sans jamais me parler comme si j'avais besoin d'une leçon. Voilà que vingt ans plus tard, je suis comme un

grand oiseau voltigeur dont le cœur et les ailes battent fort et à l'unisson. Cette liberté, en laquelle tu m'as permis de rêver et de croire, m'a permis de survivre à une enfance et une adolescence plutôt éprouvantes. Tu m'as accompagnée dans un cheminement crucial, au cours duquel j'ai pu me développer et m'épanouir en tant que jeune adulte. L'aboutissement des longues années d'études que représente la rédaction de ce mémoire, ce n'est pas juste le fruit de ma persévérance et de ma curiosité intellectuelle. C'est aussi le fruit de ces quelques années où tu m'as offert ton talentueux support d'éducateur, en m'accompagnant avec bienveillance, même dans certains moments de sabotage. Tu as été mon « tuteur de résilience »! Ah oui et j'allais oublier ton sens de l'humour à toute épreuve: ce n'était pas un sens de l'humour léger, et encore moins « mal à propos »; non, c'était un sens de l'humour qui parvenait à soulager même la plus grande des tristesses. Alors Claude, merci d'avoir cru en moi sincèrement et de t'être investi à fond dans notre relation éducateur-jeune. Tu m'as donné le goût de croire à mon tour en les personnes (les « clients », en langage gestionnaire) auprès desquels j'interviens et, je l'avoue, de toujours conserver une certaine pointe d'humour, même dans les situations de crise où le monde entier semble être prêt à s'écrouler.

Ensuite, la deuxième professionnelle que je tiens à remercier est Chantal Guimond, très humaine psychanalyste qui pendant plusieurs années, a su accueillir mes états d'âme avec une bienveillance sans pareil, une empathie réparatrice, une patience reconfortante ainsi qu'un esprit d'analyse fin et brillant. Nos précieuses séances hebdomadaires m'ont permis de donner un nouveau sens à mon histoire, d'entamer une reconstruction de mon identité et de continuer à croire en mon rêve de devenir un jour une travailleuse sociale passionnée, à mon tour dévouée pour les gens vivant une détresse, petite ou grande, passagère ou profonde.

## AVANT-PROPOS

Pourquoi m'intéresser à la dépression? Pour plusieurs raisons, qui se sont accumulées au fil des années à travers mon développement personnel, académique et professionnel. C'est lors de mes études collégiales que j'ai vraiment commencé à m'intéresser de manière plus formelle aux problèmes de santé mentale. Un cours donné par un enseignant exerçant la profession de psychiatre m'a particulièrement fascinée, ouvrant mon esprit au domaine de la santé mentale et à son langage. Mon désir de mieux comprendre l'humain n'a depuis cessé de grandir. Bien intentionnée mais trop peu réfléchie, cette volonté de m'impliquer pour améliorer le sort des autres était peut-être au début exprimée de manière démesurée. J'ai donc graduellement pris conscience de la nécessité de soigner d'abord certaines de mes propres souffrances intérieures. L'aide psychologique auprès d'une psychanalyste est le moyen que j'ai privilégié. Ainsi, grâce à quatre années de verbalisation et d'analyse à raison de plusieurs séances par semaine, j'ai pu développer un nouveau regard sur des pans traumatiques de mon histoire, pour parvenir à trouver un certain apaisement. Parallèlement à ma démarche psychothérapeutique personnelle, j'ai débuté mes études en travail social qui m'ont amenée à effectuer un stage au département santé mentale adulte d'un CLSC. Ma propre analyse de mes tourments intérieurs, jumelée à une formation en counseling ainsi qu'à l'exposition à des études de cas, m'ont permis de renouveler une fois de plus mon intérêt pour l'humain et ma sensibilité pour les difficultés émotionnelles. Prendre soin de soi prépare sans doute à mieux accueillir les difficultés de l'autre, tout en respectant ses propres limites. La dépression étant une problématique que j'ai donc moi-même vécue, et que j'ai souvent rencontrée au fil des années chez plusieurs proches, l'idée d'approfondir ce sujet dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de maîtrise en travail social m'est apparue comme très stimulante, tant sur les plans académique, professionnel que personnel.



## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	iii
AVANT-PROPOS.....	vi
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	3
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Travail social en santé mentale .....	3
1.1.1 Contexte d'exercice de la profession de travailleur social en santé mentale sur le continent nord-américain et dans d'autres pays occidentaux .....	4
1.1.2 Contexte d'exercice de la profession au Québec .....	8
1.2 Intervention sociale en santé mentale .....	17
1.2.1 Le rétablissement en santé mentale : une approche liée au travail social .....	17
1.2.2 La relation d'aide en santé mentale : une modalité du rétablissement .....	22
1.3 Description et définitions du phénomène de la dépression .....	26
1.3.1 Diagnostic de la dépression.....	26
1.3.2 Survol historique et significations multiples de la dépression .....	28
1.3.3 Ampleur du phénomène de la dépression et importance de sa médicalisation.....	33
1.4 Diverses approches théoriques pour expliquer la dépression et intervenir .....	44
1.4.1 Le modèle biomédical : un modèle explicatif centré sur la physiologie.....	46
1.4.2 Le modèle biopsychosocial: causes multiples et circulaires de la dépression.....	48
1.4.3 La théorie cognitive pour expliquer la dépression et intervenir .....	51
1.4.4 La théorie psychanalytique pour comprendre la dépression et intervenir .....	65
1.4.5 La théorie systémique en intervention.....	87
1.4.6 L'approche humaniste-existentielle en intervention .....	89
CHAPITRE II .....	96
CADRE THÉORIQUE .....	96
2.1 Le savoir théorique et le savoir pratique en travail social.....	96

2.2 Le constructivisme en sciences sociales .....	102
2.3 Les représentations sociales : définitions et fonctions.....	104
2.4 Les différents modèles d'analyse des représentations sociales .....	111
2.5 Question et objectifs de recherche .....	113
2.6 Pertinence sociale et scientifique de la recherche .....	114
CHAPITRE III .....	117
MÉTHODOLOGIE .....	117
3.1 Type d'étude, population à l'étude et recrutement.....	117
3.2 Technique de collecte des données et déroulement des entrevues.....	120
3.3 Considérations éthiques .....	123
3.4 Méthode d'analyse .....	124
3.5 Limites de l'étude.....	124
CHAPITRE IV .....	126
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	126
4.1 Caractéristiques générales des participants .....	126
4.2 Caractéristiques spécifiques des participants .....	127
4.2.1 Claire .....	128
4.2.2 Selma .....	128
4.2.3 Noémie.....	129
4.2.4 Nathalie.....	129
4.2.5 Louis.....	130
4.2.6 Lise.....	131
4.3 Description des milieux de travail.....	133
4.3.1 Objectifs des programmes.....	133
4.3.2 Services offerts et approches théoriques préconisées.....	135
4.4 Opinions des travailleurs sociaux sur la dépression, ses causes et ses manifestations ..	136
4.4.1 Opinions sur l'ampleur de la dépression : plus de questions que de réponses ...	137
4.4.2 Opinions sur le rôle de l'enfance et de la famille dans le développement de la dépression.....	138
4.4.3 Opinions sur le lien entre les problèmes relationnels et la dépression .....	139

4.4.4 Opinions sur le lien entre la société contemporaine québécoise et la dépression.....	140
4.4.5 Opinions sur le lien entre les troubles de personnalité et la dépression.....	142
4.4.6 Opinions sur les causes génétiques, physiologiques et sanitaires de la dépression.....	143
4.5 Opinions des travailleurs sociaux sur les approches théoriques les inspirant dans leur pratique.....	145
4.5.1 Opinions sur l'approche cognitivo-comportementale en intervention .....	146
4.5.2 Opinions sur la théorie psychanalytique en intervention.....	147
4.5.3 Opinions sur l'approche systémique et le travail sur les réseaux de la personne en dépression .....	149
4.5.4 Opinions sur l'empowerment en intervention .....	151
4.5.5 Opinions sur le rétablissement en santé mentale .....	153
4.5.6 Opinions sur l'approche biopsychosociale en intervention.....	154
4.5.7 Opinions sur l'approche humaniste en intervention.....	157
4.5.8 Opinions sur l'approche centrée sur les solutions pour intervenir .....	158
4.5.9 Autres approches que peut revêtir l'aide clinique auprès de gens en dépression.....	159
4.5.10 Travailler en équipe multidisciplinaire : une modalité courante pour aider les gens en dépression.....	161
CONCLUSION .....	164
ANNEXE A : GUIDE D'ENTRETIEN.....	175
ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	178
BIBLIOGRAPHIE.....	182

## RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative de nature exploratoire vise à identifier les représentations sociales de la dépression ainsi que des approches théoriques desquelles s'inspirent les travailleurs sociaux pour intervenir, dans les services de santé mentale du réseau public. Nous avons réalisé six entrevues semi-dirigées, au cours desquelles les professionnels étaient amenés à nous parler des approches théoriques sur lesquelles ils s'appuient pour intervenir, de leurs représentations du phénomène de la dépression, de ses causes et de ses manifestations, de leurs croyances quant aux méthodes idéales pour soigner la dépression ainsi que de leur perception quant à leur milieu de travail et des pratiques d'intervention qui y sont préconisées.

Les statistiques reliées aux nombres de diagnostics de dépression et de prescriptions d'antidépresseurs ne cessent d'augmenter (Organisation mondiale de la santé, 2012). Il s'agit d'un phénomène préoccupant, notamment en raison des risques de suicide et des coûts sociaux qui y sont associés. La médecine et la psychologie détiennent le monopole de son explication, de son diagnostic et de son traitement. Les représentations sociales de la dépression chez des travailleurs sociaux peuvent nous éclairer sur leurs interventions et leurs manières de comprendre et d'expliquer ce trouble. En effet, les représentations sociales sont des formes de savoir commun qui n'ont pas besoin d'être validées par des preuves scientifiques (Jodelet, 2008), à contrario de la tradition positiviste qui est incarnée notamment par le discours en faveur des données probantes. Étudier les représentations sociales peut donc nous éclairer sur l'état des connaissances scientifiques et nous en apprendre sur les caractéristiques d'un phénomène ainsi que sur ses significations pour un groupe donné.

L'analyse des données recueillies lors de nos entretiens de recherche nous permettent d'identifier de multiples explications quant aux causes de la dépression. Les travailleurs sociaux identifient notamment les liens sociaux « dysfonctionnels », l'individualisme contemporain et la recherche excessive de bonheur, le rythme de vie accéléré et les milieux de travail qui imposent stress et performance aux individus, etc. Peu de travailleurs sociaux se sont penchés sur les conditions de vie défavorables de plusieurs individus au sein de notre société québécoise, pour expliquer la dépression. Par rapport aux approches desquelles ils s'inspirent pour intervenir, les travailleurs sociaux semblent faire appel davantage à des techniques d'intervention cognitivo-comportementales, sans chercher à améliorer les déterminants sociaux qui, pourtant, ont possiblement beaucoup à voir avec les malaises moraux dont souffrent les individus en dépression.

Mots-clés : dépression, santé mentale, représentations sociales, approches théoriques, intervention sociale, travailleurs sociaux.



## INTRODUCTION

Comment les travailleurs sociaux s'y prennent-ils pour tenter d'aider les individus en état de dépression? Qu'est-ce qui compose leur style d'intervention? S'inspirent-ils de la psychanalyse? De l'approche cognitive? Du courant systémique? De l'approche biopsychosociale? De toutes ces approches à la fois? D'autres approches ou théories? Quelle place laissent-ils au sens que donnent ces individus à leurs difficultés? Comment les travailleurs sociaux se représentent-ils l'individu en dépression? Quelles sont leurs opinions par rapport aux causes de la dépression ainsi que par rapport aux moyens jugés utiles pour intervenir auprès des individus souffrant de ce trouble?

L'intervention sociale en santé mentale est, nous le verrons, traversée par diverses représentations sociales et orientée par une multiplicité possible d'approches théoriques. Ces représentations sociales et ces approches théoriques peuvent permettre de mieux comprendre les fondements de l'intervention sociale auprès d'individus souffrant de dépression, ce trouble de santé mentale fort répandu dont la définition demeure cependant très floue et élastique.

Dans ce mémoire, nous exposerons dans un premier chapitre la problématique de recherche qui est en l'objet; y seront présentés le contexte d'exercice de la profession de travailleur social en santé mentale en Amérique du Nord et au Québec, un survol historique du phénomène de la dépression, ses significations multiples, son ampleur et la surmédicalisation qui y est associée. Nous poursuivrons le développement de ce chapitre en présentant diverses approches théoriques qui peuvent inspirer les travailleurs sociaux dans leurs interventions auprès de gens en dépression. Dans un

deuxième chapitre, suivra la présentation de notre cadre théorique, lequel s'ancre dans le constructivisme en sciences sociales. Ce chapitre portera essentiellement sur les représentations sociales, leurs définitions, leurs fonctions et les différents modèles d'analyse qui y sont associés. Ce chapitre se conclura par la présentation de nos questions et objectifs de recherche, ainsi que par la présentation d'arguments justifiant la pertinence sociale et scientifique de celle-ci. Ensuite, un troisième chapitre sera consacré à la méthodologie sur laquelle nous nous sommes basée pour concrétiser notre recherche. Un quatrième et dernier chapitre sera consacré à la présentation des résultats. Enfin, nous conclurons ce mémoire avec une conclusion analytique, qui nous permettra de rendre compte de l'interprétation des résultats de notre recherche, de les mettre en lien avec la problématique et le cadre théorique et de cerner ce que nous pouvons retenir de cette analyse des données qualitatives.

## CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Travail social en santé mentale

Dans ce premier chapitre, traitant de notre problématique de recherche, nous présenterons dans un premier temps la situation du travail social en santé mentale en Amérique du Nord et dans d'autres pays occidentaux. Ensuite, nous présenterons et décrirons le contexte d'exercice de la profession au Québec. Dans un deuxième temps, nous discuterons de l'intervention sociale en santé mentale, plus particulièrement de l'approche du rétablissement et de la relation d'aide en tant que modalité de cette approche. Nous apporterons ainsi des informations et précisions au sujet de la qualité et de l'efficacité de la relation d'aide. Dans un troisième temps, nous nous attarderons au phénomène de la dépression en en faisant d'abord un survol historique et en présentant ses significations multiples. Nous aborderons ensuite l'ampleur et la médicalisation du phénomène contemporain. Dans un quatrième et dernier temps, nous présenterons diverses approches théoriques pertinentes pour expliquer la dépression et intervenir. Ainsi, il sera question du modèle biomédical, du modèle biopsychosocial, de la théorie cognitive, de la théorie psychanalytique, de la théorie systémique ainsi que de l'approche humaniste-existentielle. Ces diverses approches possibles pour appréhender la dépression et l'intervention renvoient à de multiples représentations sociales de ce phénomène.

### 1.1.1 Contexte d'exercice de la profession de travailleur social en santé mentale sur le continent nord-américain et dans d'autres pays occidentaux

Le paysage des services en santé mentale s'est considérablement élargi en Amérique du Nord au fil des dernières décennies. Jadis, les services en santé mentale étaient prodigués dans les institutions et s'adressaient surtout aux malades mentaux gravement atteints (Aviram, 2002). Avec le mouvement de désinstitutionalisation, les services sont devenus offerts principalement dans la communauté. Également, les services s'adresseront dorénavant tout autant à des individus souffrant de troubles légers :

Due to the psychological revolution of this century, the domain of mental health services has been greatly expanded. Psychological distress has become a legitimate problem for mental health professional intervention. Helping people to better cope with the fast changing social environment, and helping them to reach an emotional well-being became accepted objectives of the mental health service system. (Aviram, 2002 : 624)

Malgré le nombre important de travailleurs sociaux œuvrant dans le champ de la santé mentale aux États-Unis (Proctor, 2004), peu de recherches existent sur le sujet : *« Mental health remains an area where the gap between research and practice is apparent. Social work has not produced mental health services research on a level commensurate with its service-provision capacity. »* (Proctor, 2004: 196). Bien que les recherches américaines soient peu nombreuses au sujet du travail social en santé mentale, plusieurs auteurs ont tenté de définir ce qui le caractérise. Ils soulignent le fait que les travailleurs sociaux en santé mentale doivent faire face à plusieurs défis importants :

These challenges include issues such as the need to adapt to evolving mental health systems, the need to clearly articulate the social work contribution to the delivery of mental health services, and more recently, dissonance between social



work values and tasks (Campbell, Brophy, Healy & O'Brien; Taylor & Bentley; Wilson, 2007, cités dans O'Brien and Calderwood, 2010: 320).

Les services en santé mentale aux États-Unis ont connu beaucoup de réformes au cours des dernières décennies. Les travailleurs sociaux, tout comme les autres professionnels, doivent s'adapter à ces changements. Cette adaptation est peut-être plus difficile pour les travailleurs sociaux puisqu'à la base, leur rôle n'est pas suffisamment bien défini, ce qui semble être également le cas au Canada. Dans un sondage effectué auprès de 339 travailleurs sociaux ontariens, des chercheurs ont remarqué que les travailleurs sociaux font un peu de tout : « *The study findings show that mental health social workers in Ontario profess to do a little bit of everything. It is difficult from their responses to discern what it is that social workers do not do.* » (O'Brien and Calderwood, 2010 : 331). De plus, ces chercheurs ont noté que les travailleurs sociaux ont tendance à se faire reléguer des tâches moins valorisées par les autres professionnels de la santé mentale, dont les rôles seraient mieux circonscrits :

The challenges for social workers in "inter-professional" collaboration is that the professions with whom they are collaborating each have a very clearly defined scope of practice embedded in law that legitimizes their entitlement to perform certain tasks. The work therefore that gets relegated to social work is usually the work that is in everyone's scope of practice, and therefore not particularly valued. (O'Brien and Calderwood, 2010 : 331)

Bien que le rôle des travailleurs sociaux soit insuffisamment défini, selon cette étude, ces chercheurs concluent que les professionnels du travail social sont bien formés pour intervenir sur les composantes sociales de la maladie mentale. Ce sont d'ailleurs ces composantes qui seraient d'une importance capitale dans la compréhension de la maladie mentale. Ces composantes sociales comprennent la stigmatisation, la discrimination et l'oppression, lesquelles seraient plus dommageables pour la santé

mentale que les troubles de santé mentale eux-mêmes (Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, cité dans O'Brien and Calderwood, 2010). Faisant partie des objectifs-cibles des politiques ontariennes, ces composantes sociales de la maladie mentale constitueraient un domaine d'expertise des travailleurs sociaux. En même temps, on déplore leur manque de reconnaissance professionnelle :

Arguably, social workers' area of expertise is the social components of mental health and mental illness. Therefore, it is a paradox that at the very time social components of mental health are coming into the mainstream of planning for mental health services, mental health social workers in the Canadian province of Ontario are experiencing unprecedented threats to their profession. (O'Brien and Calderwood, 2010 : 324).

Une autre étude, cette-fois effectuée auprès de 45 travailleurs sociaux australiens qui ont été invités à répondre à un sondage, a permis d'identifier que ces professionnels ont beaucoup de connaissances théoriques en psychiatrie (Ryan, Healy and Renouf, 2004). Ces connaissances auraient trait aux diagnostics, à l'expérience vécue par les personnes aux prises avec ces diagnostics, à la médication et ses effets secondaires ainsi qu'aux rouages complexes du système de services en santé mentale. Dans la même veine que les chercheurs ontariens cités plus haut, ces chercheurs concluent que les travailleurs sociaux sont bien placés pour intervenir adéquatement auprès d'individus souffrant de troubles de santé mentale :

Indeed, what does become clear is that these practitioners are primarily focussed on the personal, familial, occupational, and social dimensions of their clients' lives whilst continuing to hold a keen sense of the significance of the mental health policy and practice contexts. In this sense, these workers are exemplars of the service provision goals of the contemporary community-based mental health system in which almost all of the clients now live almost all of the time in the community, and the study clearly shows the central place that social work with

its focus on social functioning can and should hold in such programs. (Ryan, Healy and Renouf, 2004 : 35).

Ainsi, en raison de leurs compétences en intervention auprès des familles et des différents réseaux entourant l'individu et de leurs connaissances des politiques en santé mentale, mais aussi en raison du fait que les individus souffrant de troubles de santé mentale soient de plus en plus intégrés dans la communauté, les travailleurs sociaux seraient particulièrement bien placés pour intervenir auprès d'eux.

Aux États-Unis, il existe un mode de gestion particulier des services de santé mentale qu'on appelle le « *managed care* ». Shapiro (cité dans Cohen, 2003 : 34) définit ainsi le *managed care* : « *any kind of health care services which are paid for, all or in part, by a third party, including any government entity, and for which the locus of any part of clinical decision-making is other than between the practitioner and the client* ». Il existerait plus de 200 compagnies de *managed care* aux États-Unis, desservant plus de la moitié de la population (Cohen, 2003). Une des conséquences de ce mode de gestion des services, axé sur la recherche d'efficacité au moindre coût, est que les travailleurs sociaux seraient tenus d'adopter des approches à court terme, visant la modification des comportements et orientées sur les solutions (Cohen, 2003).

Nous constatons donc à quel point il semble exister un paradoxe entre, d'une part, la pauvreté de la définition du travail social en Amérique du Nord ainsi que le manque de valorisation du rôle des travailleurs sociaux dans les équipes multidisciplinaires, et, d'autre part, leurs compétences-clés en intervention auprès d'individus souffrant de troubles de santé mentale. C'est comme si la force des compétences des travailleurs sociaux s'exerçait dans les faits, auprès des individus souffrants, mais demeurerait peu reconnue par les autres professionnels.

Dans la prochaine section, nous continuerons à discuter de la situation du travail social en santé mentale, mais cette fois en concentrant notre regard sur le contexte d'exercice de la profession au Québec.

### 1.1.2 Contexte d'exercice de la profession au Québec

Au cours des dernières décennies au Québec, le contexte d'exercice de la profession de travailleur social a largement été influencé par d'importantes réorganisations politiques et administratives des services de santé et des services sociaux (Lesage, 1999; Bourque, 2009; Mercier et Mathieu, 2000; Racine, 1988). Avec le rapport de la commission Castonguay-Nepveu en 1970, ces services sont devenus fortement gérés par l'État québécois (Corin et al, 1990). Depuis la publication de ce rapport, on ne cesse de réaménager l'organisation des services et de mettre en place des moyens pour accroître leur standardisation. On vise leur plus grande efficacité, au moindre coût (Fortier, 2010).

En 2004, une réorganisation d'envergure a été opérée dans l'administration des services par la création des « Agences de la santé et des services sociaux » (ASSS) pour chaque région du Québec. Le gouvernement du Québec leur a confié la tâche de bâtir des « réseaux locaux de services » (RLS). L'objectif de cette tâche colossale était de « *rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus* » (Santé et Services Sociaux Québec, 2011 : en ligne). En a résulté la création de 95 « Centres de santé et de services sociaux » (CSSS), répandus sur tout le territoire québécois. Ces CSSS sont nés de la fusion de CLSC, de CHSLD et d'hôpitaux dans la plupart des cas. Une autre nouveauté a été la création des « cliniques-réseaux intégrées » (CRI), au sein desquelles œuvrent des équipes multidisciplinaires dont font partie les travailleurs sociaux. La première clinique québécoise de ce genre fût mise sur pied à l'Hôpital de Verdun en 2009. Cette



clinique « *est issue de la fusion d'un groupe de médecine familiale et d'une clinique-réseau, offrant maintenant aux patients des services multidisciplinaires réunis dans un même lieu dans leur communauté* » (Gauthier, 2009 : en ligne). On vise à ce que le Québec en entier soit couvert par 60 de ces cliniques-réseaux intégrées d'ici 10 ans (Gauthier, 2009 : en ligne). Le travail en équipe multidisciplinaire que l'on retrouvera dans ces cliniques-réseaux intégrées « *permettra aux médecins de prendre 30% plus de patients, de promouvoir des saines habitudes de vie et effectuer de la prévention, de façon à éviter des cas de crises aux urgences des hôpitaux, ainsi que de mieux gérer la médication* » (Levine, cité dans Gauthier, 2009 : en ligne). Bref, la clinique-réseau intégrée, « *C'est un nouveau concept qui a un fort potentiel d'amélioration et de cohérence des services* » (Bolduc, cité dans Gauthier, 2009 : en ligne).

Comme pour tout ce qui est chapeauté par le système public de santé et de services sociaux au Québec, les services en santé mentale ont également connu leur lot de réorganisations au fil des dernières décennies. La plus récente politique québécoise en matière de santé mentale se nomme *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005). En gros, ce plan stipule que la première ligne doit être renforcée puisque c'est grâce à elle que le plus grand nombre de personnes pourrait être desservi, que les urgences seraient désengorgées et que de la prévention pourrait être faite. La première ligne doit vraiment être considérée comme *la* porte d'accès aux services spécialisés (retrouvés en deuxième ligne) et surspécialisés (fournis en troisième ligne), ces derniers étant offerts par les hôpitaux psychiatriques et les cliniques externes de psychiatrie. C'est donc en première ligne que l'on souhaite « trier » les cas et essayer de les traiter avant de les envoyer dans les autres services plus pointus. Les rôles du psychiatre et du médecin généraliste se trouvent donc à être encore plus importants en première ligne puisque ce sont eux qui diagnostiquent les troubles de santé mentale et qui prescrivent les traitements jugés appropriés.

L'objectif général du plan d'action en santé mentale est de « *doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien* » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005 : 12). Ce plan d'action met aussi l'accent sur l'importance du rétablissement en santé mentale (comme nous le verrons à la section 1.4.1). Les deux premiers principes directeurs de ce plan visent précisément le pouvoir d'agir et le rétablissement des personnes. Les quatre autres principes directeurs ont trait à l'organisation des services, c'est-à-dire à leur accessibilité, à leur continuité, au partenariat ainsi qu'à leur efficience.

Selon Corin et al. (1990), l'esprit dans lequel s'inscrivent les services, selon lequel on recherche leur rentabilité et leur efficacité de manière ultime, pourrait avoir pour effet d'entraîner une certaine stérilisation dans les façons de concevoir les pratiques d'intervention sociale : « *le vocabulaire gestionnaire arrive à vider de leur contenu, même les approches les plus novatrices lorsqu'elles existent, les traduisant en un langage administratif apparemment neutre qui génère souvent fort peu de mobilisation.* » (p. 36). Ce manque de mobilisation a également été analysé du point de vue de la résistance des intervenants face à la technocratie. Racine (1988) indique que des données de recherche ont démontré que plusieurs intervenants vivent des tensions et de la frustration par rapport à leur contexte de travail, de plus en plus orienté et encadré par une philosophie technocratique : « *Les professionnels vivent toujours une contradiction profonde entre leur idéologie humaniste et la fonction de « contrôle social ».* » (p. 129). Cette résistance traduirait donc selon Racine la perception chez les intervenants que la technocratie va à l'encontre de la croissance, de la réflexion et du questionnement.

Laforest et Redjeb (1991), pour leur part, parlent de la technocratie comme faisant partie des « *conditions externes au service social du fait que d'une part, elles ne lui sont pas propres et que, d'autre part, elles sont irréductibles à des pratiques qu'elles*



*organisent comme les professions des domaines social, psychologique.* » (p. 90). Ils soulignent également le caractère négatif de la technocratie en affirmant que « *la connotation plutôt péjorative souvent accolée au terme technocratie est due au fait que, dans les organisations où elle est installée, l'aspect technique et utilitaire a souvent priorité sur les considérations humaines et sociales.* » (p. 92). Cette approche de gestion des services sociaux qu'est la technocratisation semble difficilement conciliable avec certaines valeurs du travail social, telle que la défense des droits individuels et sociaux par exemple. Comment ces valeurs parviennent-elles à s'actualiser dans un tel contexte? Il semble difficile, en effet, pour les travailleurs sociaux d'intervenir selon leurs idéaux, dans un contexte où les valeurs humaines et sociales sont en tension avec les impératifs budgétaires et administratifs :

Nous sommes, dès lors, en présence de deux groupes d'intérêts pas toujours conciliables : pour le technocrate-gestionnaire, il s'agit de préserver le contrôle sur l'organisation et, pour le praticien du service social, de préserver son identité professionnelle à travers sa pratique quotidienne au sein de ladite organisation. De plus, le premier acteur a un pouvoir légal et administratif, donc d'encadrement, et le second détient, en principe, une autorité sur l'acte d'intervention, autorité que lui confère un type de compétence professionnelle d'un intervenant employé et salarié de l'organisation et donc redevable à celle-ci. Il s'ensuit une dynamique dans laquelle, malgré le dialogue et la bonne volonté, les compromis ne se font que dans un sens, celui des mandataires. La récurrence de cette dynamique et de son issue a sans doute un effet d'érosion sur le travail social envisagé comme profession avec ce que cela suppose comme perte d'autonomie relative de son acteur. (Laforest et Redjeb, 1991 : 93)

Mais il n'y a pas seulement que les valeurs du travail social qui peuvent avoir du mal à se concilier avec la gestion technocratique des services sociaux; il y a aussi tous les aspects théoriques, méthodologiques et normatifs qui, tels que le soulignent ces mêmes auteurs, « *le constituent en une pratique relativement autonome et sur laquelle repose l'identité professionnelle de ses acteurs.* » (p. 89). Le caractère relativement autonome que soulignent Laforest et Redjeb est basé sur des

connaissances et des méthodes d'intervention qu'ils qualifient de « *condition interne au service social* », soit « *une condition sur laquelle ses acteurs ont une prise.* » (p. 90). Nous pouvons donc faire un parallèle avec ce qui a été mentionné plus haut au sujet de la technocratie considérée comme « *une condition externe au service social* », condition sur laquelle il est bien difficile d'avoir un pouvoir et qui contribue justement à diminuer le pouvoir des travailleurs sociaux en les réduisant à des « *commis de l'État* ». (p. 100)

Richard (2013) pour sa part parle de « choc des épistémés capable d'ébranler les fondements normatifs des travailleuses sociales, mais surtout leur motivation à faire leur travail ». Il précise en affirmant que :

Ce que le choc des épistémés fait ressortir, c'est ce conflit sur le plan des référentiels servant à préciser la façon dont les professionnelles doivent s'approprier les objectifs de leurs interventions et les conditions du rapport qu'elles ont à instaurer avec les clientèles, avec les organisations et avec la société. En définitive, ce conflit dévoile une tension normative entre deux façons de définir, d'assurer et de garantir la prestation de services efficaces et conformes à l'éthique en travail social. (p. 119)

En fait, ce que Richard nous dit c'est que les travailleuses sociales n'ont pas nécessairement la tâche facile et peuvent avoir de la difficulté à miser sur la qualité de la relation d'aide puisque leurs milieux de travail ne favorisent pas toujours l'exercice de leur jugement professionnel. Et il précise : « *Cela dit, d'aucuns croient que c'est justement ce qui arrive au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment depuis le début des années 1980* » (p. 122).

L'organisation des services sociaux, qui sont devenus davantage dominés par des priorités économiques et politiques, affecte donc les conditions dans lesquelles les travailleurs sociaux exercent leur jugement professionnel. Mais cette organisation des

services affecte aussi le contexte de travail au quotidien ainsi que le sens donné à la pratique :

Déjà sur le terrain, les intervenants savent que l'heure n'est plus aux bavardages sur le pourquoi de l'intervention, ni sur les repères théoriques, éthiques et politiques de construction des problèmes sociaux, et encore moins sur l'importance d'être attentifs aux réalités sociales émergentes non prévues par les programmes; mais sur le combien et le quand dans l'atteinte des cibles visées par les divers programmes qu'il s'agisse du domaine des dépendances, de la périnatalité, de l'itinérance, de la pauvreté, etc. Il en va d'ailleurs de la survie financière des établissements qui doivent atteindre des quotas de cibles en retour d'un financement proportionnel. (Parazelli et Dessureault, 2010 : 5)

Ainsi, selon cette perspective managériale caractérisée par des pressions budgétaires importantes, les troubles de santé mentale sont considérés comme un problème de santé publique qu'il faut gérer et prévenir, étant donné les nombreux risques sociaux qu'ils impliquent (hospitalisations, tentatives de suicide, itinérance, consommation de drogues et d'alcool, etc.). Ces risques sont associés à des coûts financiers non négligeables pour l'État. Dans son ouvrage *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à la modernité*, Castel (1981) analyse en profondeur les phénomènes de médicalisation de la santé mentale et de gestion des risques. Il explique comment la politique gestionnaire, qu'on appelle sans doute de nos jours la « nouvelle gestion publique » (NGP), peut parvenir à prendre le dessus sur les finalités thérapeutiques associées à la médecine et à la psychologie:

Le savoir médico-psychologique devient ainsi l'instrument d'une politique de gestion différentielle des populations plus que de soin (ou, dans la version critique, de répression). Dans la mesure où cette orientation peut s'appuyer à la fois sur des technologies hautement sophistiquées comme l'informatique, et sur une nouvelle administration de l'Action sociale réorientée autour de la prévention systématique des risques, elle représente une des lignes de transformation les plus nouvelles, mais aussi les plus inquiétantes, qui travaillent ce domaine de pratiques. [...] Autrement dit, il se pourrait bien que



la médecine mentale assume désormais une fonction d'auxiliaire par rapport à une politique administrative complètement définie par des exigences de gestion. (pp. 115; 127)

Les interventions sont également considérées comme étant légitimes et efficaces si elles se basent sur des données probantes, soient des *evidence-based practices* en anglais. Ces dernières ayant fait leurs preuves, elles permettraient une plus grande efficacité des services, donc une meilleure rentabilité économique. C'est par ailleurs ce qui est attendu du point de vue gestionnaire (Corin et al, 2011). Ces pratiques fondées sur des données probantes ont pour objectif de « *refléter le souci de fonder les interventions sur des données scientifiques recueillies à l'aide d'instruments standardisés et, autant que possible, dans le cadre de devis expérimentaux ou quasi expérimentaux* » (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011 : 17). Ainsi, en mettant l'accent sur la recherche d'efficacité et d'objectivité dans les interventions et en se centrant sur les symptômes apparents, certaines dimensions importantes du vécu humain risqueraient d'être laissées pour compte, n'étant pas considérées comme très utiles pour l'analyse et le traitement des problèmes de santé mentale (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011). On comprend donc que dans un tel contexte, la parole singulière du sujet exprimant la subjectivité de sa souffrance risquerait de ne plus être considérée comme très pertinente pour l'intervention.

Dans son récent énoncé de position sur l'intervention sociale individuelle en santé mentale, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (l'OTSTCFQ) soulève le fait que les déterminants sociaux ne sont pas suffisamment visés par les interventions qui visent avant tout la recherche d'efficacité:

Ces interventions responsabilisent l'individu d'abord tant dans l'explication que dans la réponse à donner à ses difficultés et ce, au détriment des interventions qui ciblent les déterminants sociaux tels que le revenu, le statut social, le niveau de

scolarité, l'environnement physique, les conditions de logement et de travail et les réseaux de soutien et personnel. (OTSTCFQ, 2013 : 3)

Mais comment intervenir au juste sur ces déterminants sociaux? Comment tenter d'aider un individu en dépression qui est démobilisé et qui vit une perte d'énergie significative à essayer d'augmenter ses revenus, son niveau de scolarité ou encore son réseau social? On peut penser que cette tâche n'est pas facilement réalisable, d'autant plus si ces déterminants sociaux n'ont jamais vraiment joué en la faveur de l'individu, contribuant possiblement à l'installer dans un état de dépression. Il paraît en effet plus simple de travailler sur la responsabilité de l'individu face à ses symptômes. Il semble aussi facile de croire que si l'individu sort de son état de dépression, ses conditions de vie vont automatiquement s'améliorer puisqu'il aurait en théorie l'énergie et la volonté nécessaires pour passer à l'action. Mais rien n'est plus incertain, car la réalité est multidimensionnelle et ne dépend pas toujours seulement de la volonté des personnes. Les travailleurs sociaux sont appelés à travailler auprès d'individus dont les conditions de vie sont parfois extrêmement complexes et défavorables. Considérant cela, on peut penser que la lecture des problèmes sociaux aurait avantage à être effectuée à l'aide de plusieurs types de savoirs à la fois. Plus les problèmes sont complexes, plus ils nécessitent des solutions complexes et créatives. À ce sujet, l'Ordre professionnel mentionne que :

Témoins au quotidien des répercussions réelles qu'ont les conditions de vie des personnes sur leur qualité de vie, plus particulièrement sur leur santé physique et mentale, les travailleurs sociaux ont développé tout un savoir pour intervenir à la jonction des personnes et de leur environnement et pour prendre en compte leur réalité subjective, leur contexte et leurs conditions de vie, leurs rôles sociaux et leur réseau, dans une perspective de rétablissement, de pouvoir d'agir, de pleine citoyenneté et de justice sociale. (OTSTCFQ, 2013 : 4)

D'une part, l'OTSTCFQ nous dit à quel point il est important de prendre en compte les déterminants sociaux dans l'intervention et d'autre part, il nous dit que de travailler avec l'individu dans une perspective de rétablissement et de pouvoir d'agir est essentiel à l'amélioration des conditions de vie de la personne. Il semble donc qu'il soit plus pertinent d'intervenir à la fois sur les déterminants sociaux et sur le pouvoir d'agir de la personne, plutôt que d'uniquement chercher à responsabiliser la personne sans essayer de l'aider à améliorer ses conditions de vie.

C'est donc dans ce tableau changeant, rempli de paradoxes et en pleine ébullition, que s'inscrit la pratique des travailleurs sociaux en santé mentale au Québec. Après plusieurs réorganisations importantes des services au cours des dernières décennies, le système québécois de santé et de services sociaux continue à évoluer et à se définir. Nous avons vu dans cette section que l'intervention sociale en santé mentale est traversée par de multiples tensions, notamment sur le plan de son organisation technocratique qui est difficilement conciliable avec les valeurs et les visées humanistes du travail social (Racine, 1988). Le financement des programmes basés sur des données probantes contribuerait à minimiser la réflexion au sujet du sens et des finalités de l'intervention sociale et accorderait peu de place au rôle de la subjectivité dans la compréhension des problèmes de santé mentale (Parazelli et Dessureault, 2010; Corin et al, 1990). De plus, en se centrant surtout sur les symptômes individuels et apparents de la maladie mentale, ces interventions ne prendraient pas suffisamment en compte les déterminants sociaux de la maladie ainsi que les injustices sociales, et comporteraient le risque d'encourager à outrance la responsabilisation de l'individu seul (OTSTCFQ, 2013). Les déterminants sociaux que sont le logement, le revenu, la scolarité ou encore le réseau de soutien ne seraient pas suffisamment considérés dans l'intervention sociale encadrée par une gestion technocratique, et pourtant le devraient puisqu'ils peuvent s'avérer être d'une grande importance dans l'explication et la compréhension des problèmes de santé mentale (OTSTCFQ, 2013). Concilier la prise en compte à la fois des déterminants sociaux et



de la réalité subjective et intime des individus en état de dépression n'est pas une tâche simple. Intervenir à la fois sur les déterminants sociaux et sur les caractéristiques des individus impliquerait la mobilisation d'une diversité de savoirs, que posséderaient les travailleurs sociaux (OTSTCFQ, 2013). Toutefois, la gestion technocratique et managériale des services sociaux dans le cadre desquels la plupart des travailleurs sociaux œuvrent ne leur laissent pas toujours une grande marge de manœuvre. Ainsi, contraints d'intervenir le plus rapidement et le plus efficacement possible, ils n'ont pas toujours la liberté nécessaire pour pouvoir réaliser avec les individus, ayant des troubles de santé mentale, un travail à la fois social et clinique qui, plus complexe, nécessiterait plus de temps (Castel, 1981; Laforest et Redjeb, 1991).

## 1.2 Intervention sociale en santé mentale

Regardons maintenant de plus près ce qu'il en est de l'intervention sociale en santé mentale, en nous attardant d'abord au concept de rétablissement en santé mentale. Nous nous pencherons ensuite sur ce qui peut contribuer à définir la relation d'aide en santé mentale, plus spécifiquement à sa qualité et aux bénéfices pour le destinataire de l'intervention.

### 1.2.1 Le rétablissement en santé mentale : une approche liée au travail social

Qu'est-ce que la santé mentale au juste? Comment déterminer si une personne a une bonne santé mentale? La santé mentale peut se définir différemment, selon les sources consultées. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale :

La santé mentale est un mouvement constant, une recherche d'équilibre entre différents aspects de sa vie : physique, mental, spirituel et émotif. Elle est

influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. Elle est donc à la fois une responsabilité collective et individuelle. [...] Par conséquent, la santé mentale favorise la qualité de la vie des individus, des familles, des populations et des nations. (Association canadienne pour la santé mentale, 2014)

Il est intéressant de constater que dans cette définition, est mise en lien l'individuel et le collectif dans le maintien de la santé mentale. Le terme « responsabilité collective et individuelle » est employé. De même, on précise que la santé mentale des individus, des familles et de la collectivité ont une influence sur leur qualité de vie. Cette définition dépasse donc le caractère moral qui tend à individualiser la souffrance et à faire porter la responsabilité du bien-être sur l'individu seul.

La définition de l'Organisation mondiale de la santé (2014) met également en relief l'importance du lien entre l'individu et sa communauté. Elle se lit comme suit :

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Celle de Santé Canada (2013) stipule que « *La santé mentale est partie intégrale de l'état de santé général de l'individu et est essentielle à sa survie, puisqu'elle détermine le comportement, la perception, la façon de penser, de communiquer et de comprendre.* » Il est intéressant de noter que Santé Canada considère la santé mentale comme « essentielle à la survie » de l'individu. Peut-être établit-il un lien entre risque de suicide et comportement, perception, communication et compréhension des événements? Pour sa part, la définition de l'Agence de la santé publique du Canada (2012) met l'accent sur le concept de « capacité de la personne » : « *La santé mentale désigne la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir*

*de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis.* » Cette dernière définition est reliée à celle de Santé Canada dans la mesure où elles réfèrent toutes deux aux phénomènes individuels de perception, de réflexion et de comportement. Ces deux définitions sont donc centralisées sur l'individu et sous-tendent qu'il est le seul responsable de l'état de sa santé mentale, qui est corollaire de ses capacités à ressentir, à réfléchir et à agir. Elles sous-tendent également qu'il existerait des manières moins viables de ressentir, de réfléchir et d'agir, qui éroderaient la santé mentale de l'individu.

L'approche par le rétablissement serait *« de plus en plus reconnue comme un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes ayant des troubles mentaux »* (Provencher, 2002). Il s'agit d'une approche d'abord implantée dans les politiques de santé mentale aux États-Unis, mais plus récemment au Québec. Il existe plusieurs définitions du terme rétablissement, dont le terme anglophone est *recovery*. Dans le dictionnaire *Le Petit Larousse* (2003), on peut y lire la définition suivante : « Action de rétablir. [...] Retour à la santé » (p. 886). En regardant la définition du terme rétablir, on peut y lire les définitions suivantes : « Remettre en son premier état ou en meilleur état. [...] Faire exister de nouveau, remettre en vigueur; ramener. [...] Redonner des forces à; guérir. » (p. 886). À la lumière de ces définitions, on comprend donc que l'objectif ultime du rétablissement en santé mentale serait d'amener les individus à retrouver un état de bien-être intérieur. Mais bien plus qu'un sentiment de bien-être intérieur, il s'agirait aussi de rechercher des changements concrets dans la vie des personnes souffrant de troubles de santé mentale :

[...] les personnes utilisatrices de services soulignent que toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la

promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement. (Provencher, 2002 : 38)

L'approche par le rétablissement met vraiment l'accent sur le renforcement du pouvoir d'agir et sur la responsabilisation de l'individu. Elle met également « *en perspective l'expérience subjective de l'individu dans ses efforts de surmonter les symptômes et de dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales associées* » (Provencher, 2002). Ainsi, la notion de changement est importante dans l'approche par le rétablissement. En développant une plus grande capacité à prendre soin de lui-même, l'individu deviendrait moins dépendant des services institutionnels (Doucet, 2013). Mais le rétablissement, tel qu'il est conceptualisé dans les politiques de santé et de services sociaux, ne rejoint pas nécessairement le sens que les individus donnent eux-mêmes à cette notion, à ce que signifie pour eux le fait de se rétablir et d'aller mieux :

On peut constater que les programmes qui découlent de l'assistance ne parviennent pas à rejoindre le sens existentiel de l'épreuve et laissent échapper d'autres interrogations nécessaires, en particulier les significations que les sujets donnent eux-mêmes de leur situation. (Doucet, 2013 : 95)

Dans l'application de l'approche par le rétablissement, la subjectivité des individus en état de souffrance n'est pas toujours suffisamment prise en compte, ce qui est en quelque sorte une contradiction puisque le rétablissement vise l'amélioration de l'état de bien-être de la personne, état qui peut s'avérer être justement assez subjectif (Doucet, 2013). En prônant l'importance de la singularité de chaque individu, l'approche par le rétablissement vise à encourager la recherche de soi et le cheminement personnel au rythme de chacun. Toutefois, il semble difficile de concrétiser dans la pratique les visées humanistes prônées par l'approche par le rétablissement (Jacobson, 2007). D'une part, on souhaite pour les individus souffrant de troubles de santé mentale qu'ils améliorent leur connaissance d'eux-mêmes, qu'ils



se réapproprient leur vie, qu'ils recouvrent la santé et qu'ils deviennent indépendants du système. D'autre part, devenir indépendant du système n'est pas si simple; il n'est pas donné à tout le monde d'avoir la capacité de s'en sortir aussi facilement, les conditions de vie étant bien inégales d'un individu à l'autre (Doucet, 2013). Les services eux, tel que nous l'avons vu dans la section précédente, sont conçus selon certains critères d'admissibilité, ont des objectifs délimités dans le temps et ont des contraintes budgétaires importantes qui ne sont pas facilement compatibles avec les objectifs de l'approche par le rétablissement. Jacobson (2007) pose en effet cette importante et complexe question :

Comment transférer nos connaissances sur le rétablissement dans l'élaboration des politiques et la planification des services, tout en équilibrant notre compréhension de ce concept, vu comme un processus unique, avec les besoins de standardisation du système? Est-ce que le rétablissement risque d'être coopté, devenant rien de plus qu'une nouvelle étiquette pour les programmes et les services professionnels? (p. 247)

D'autres mentionnent que l'approche par le rétablissement est particulièrement importante en santé mentale, puisqu'elle s'inscrirait en faux par rapport au paradigme biomédical qui domine en psychiatrie (Carpenter, 2002). Selon cet auteur, les valeurs prônées par l'approche par le rétablissement seraient tout à fait cohérentes avec certaines des valeurs du travail social, soient la crédibilité accordée à l'*empowerment*, la croyance en la capacité de l'humain de se rétablir et d'évoluer, l'encouragement à l'auto-détermination des individus ainsi que la conscience du rôle de l'environnement dans l'expérience de l'individu (Carpenter, 2002). Le rétablissement peut passer, en outre, par la relation d'aide, une modalité d'intervention sociale fort utilisée en santé mentale.

### 1.2.2 La relation d'aide en santé mentale : une modalité du rétablissement

Quel est le but de la relation d'aide? Comment déterminer sa qualité? Comment savoir si elle est bénéfique? Précisons d'abord que la relation d'aide, aussi appelée counseling, est difficile à définir. Elle peut tout de même se définir de manière générale, en fonction des objectifs suivants :

[...] les deux principaux objectifs du counseling concernent, d'une part, la gestion plus efficace des problèmes spécifiques de l'existence ou le développement du potentiel et des ressources inexploitées des clients, et, d'autre part, leur aptitude générale à surmonter les problèmes et à découvrir les possibilités que leur offre leur quotidien. Ces objectifs contribuent tous deux à accroître le bonheur des clients. (Egan, 2005 : 8)

Mais qu'en est-il des compétences des professionnels pratiquant la relation d'aide? Qu'est-ce qui fait qu'ils sont en mesure d'emmener les individus qu'ils tentent d'aider à mieux gérer leurs problèmes, à développer leur potentiel ou à exploiter leurs ressources déjà présentes? Ryan et al. (2004), une équipe de chercheurs américains et australiens, se sont penchés sur le sujet des compétences des travailleurs sociaux en tentant de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui caractérise l'expertise des travailleurs sociaux en santé mentale? » Pour ce faire, ils ont constitué un échantillon de 35 travailleurs sociaux intervenant auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ils les ont invités à participer à des entrevues de groupe, au cours desquelles ils étaient amenés à décrire des situations difficiles de leur pratique et à expliquer comment ils étaient intervenus. Les résultats de leur recherche ont permis d'identifier trois qualités présentes chez ces travailleurs sociaux : l'optimisme, l'empathie et la croyance en le potentiel des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale et en leur propre expertise.

L'expertise du psychothérapeute ou de l'intervenant social, qui peut notamment être reliée aux connaissances théoriques, ne suffit ainsi pas à déterminer la qualité d'une relation d'aide. Au-delà des concepts théoriques mobilisés, il importe de porter attention à la relation thérapeutique qui elle, serait à maints égards plus déterminante que la théorie choisie pour aborder les difficultés de la personne qui souffre (Jolicoeur et Sauvé, 2000; Lessard et Turcotte, 2000). Cependant, Egan (2005) mentionne que « *La question ne consiste pas à se demander « Est-ce que la relation d'aide fonctionne? », mais plutôt « Comment et dans quelles circonstances fonctionne-t-elle? ».* » (p. 16). Il demeure ambigu de tenter d'identifier les circonstances dans lesquelles la relation d'aide fonctionne puisque chaque personne est différente, bien que les problèmes qu'elle peut vivre soient souvent communs à plusieurs individus. Dans un article rapportant les résultats d'une vaste recherche au sujet des pratiques en santé mentale au sein de ressources alternatives québécoises, Poirel et Corin (2014) mentionnent que « *Les intervenants soulignent l'illusion de toute prétention de maîtrise dans le savoir sur l'humain, dès lors qu'on reconnaît que quelque chose, dans l'autre, échappe toujours, quelque chose qui tient à la présence d'un sujet et d'une subjectivité.* » (p. 31)

De plus, la plupart des études menées à ce jour au sujet des bénéfices de la relation d'aide portent sur des techniques précises, par rapport à des problèmes précis, et ne reflètent pas nécessairement la réalité :

Pour réaliser ces études, on effectue des comparaisons, en termes d'efficacité, entre deux traitements différents pour un même trouble ou entre des clients recevant un traitement et d'autres n'en recevant pas. Ces études s'effectuent selon des conditions soigneusement contrôlées. [...] Cependant, on ne peut comparer systématiquement les résultats en laboratoire à des résultats en milieu clinique. (Egan, 2005 : 13;12)



Par rapport à la qualité de la relation d'aide, certaines recherches ont permis d'identifier qu'un des facteurs pouvant l'influencer est « *la capacité de l'intervenant d'accepter le système de valeurs de son client et de s'en servir comme outil d'intervention* » (Beutler et al.; Cooley et Lajoy; Duncan et al., cités dans Lessard et Turcotte, 2000 : 254). Mais le client a aussi bien entendu son rôle à jouer :

Étant donné que la relation d'aide est un échange et une collaboration, les clients doivent eux aussi viser un objectif principal. Ainsi, leur succès dépend de leur degré d'engagement dans la relation d'aide et ils tirent parti de ce qu'ils apprennent lors des séances pour mieux affronter les situations problématiques et mettre à profit leurs nouveaux acquis au quotidien. (Egan, 2005 : 9)

Bien que la relation d'aide vise à améliorer en général la qualité de vie des individus, les bénéfices de cette relation ne se mesurent pas uniquement en termes d'atteintes ou non d'objectifs. Le sentiment de mieux-être, qui peut être plutôt subjectif, doit aussi être considéré pour savoir si la relation d'aide porte des fruits :

On a également démontré que la satisfaction des clients ne rimait pas systématiquement avec la résolution des problèmes et le développement de nouvelles perspectives et possibilités (Pekarik et Guidry; Pekarik et Wolff). [...] Les clients peuvent être satisfaits pour diverses raisons – parce qu'ils apprécient leur aidant ou parce qu'ils ressentent moins de stress. (Egan, 2005 : 13)

Egan (2005) précise qu'on peut évaluer la relation d'aide sous trois différents aspects; on peut considérer la relation en tant que fin, en tant que moyen ou se concentrer sur les résultats qu'elle permet d'atteindre. Egan cite Carl Rogers et son approche humaniste-existentielle pour mentionner que la relation d'aide peut être considérée comme une fin : « *le regard positif inconditionnel, l'empathie bien dirigée et l'authenticité de l'aidant, tels que perçus par le client, sont à la fois nécessaires et bien souvent suffisants pour que l'on note un progrès.* » (p. 48). Selon la conception de la relation en tant que moyen,



[...] une bonne relation permet au client et à l'aidant de progresser dans la relation d'aide quelles qu'en soient les modalités. [...] En donnant trop d'importance à cette relation, on commet une erreur parce que l'on perd alors de vue l'objectif fondamental : permettre au client de résoudre une difficulté spécifique. (p. 48-49)

Enfin, pour illustrer la conception qui se centre sur les résultats que permet d'atteindre la relation, Egan cite quelques auteurs partisans de l'approche centrée sur les solutions : « *D'après eux, en raison de la durée limitée de la relation d'aide, il est inutile de consacrer beaucoup de temps à la définition et aux origines du problème. Par conséquent, leur approche pragmatique consiste à « s'attaquer au problème sur-le-champ ».* » (de Shazer; Manthei; O'Hanlon et Weiner-Davis; Rohan et al., cités dans Egan, 2005 : 49). Pour notre part, nous sommes plutôt réticente face à une telle approche qui consiste à « s'attaquer aux problèmes sur-le-champ » puisqu'en réagissant de façon trop restrictive, nous croyons qu'il y a un risque de passer à côté des éléments essentiels à prendre en compte dans la situation-problème. Également, en agissant rapidement et en minimisant le temps de réflexion, nous sommes d'avis que plusieurs subtilités risquent d'échapper au professionnel et la personne qui recherche de l'aide peut se sentir mal comprise, pire, heurtée. Nous croyons que la flexibilité et la présence d'esprit sont des atouts probablement plus bénéfiques que la réactivité et l'empressement. En terminant, concluons cette section avec un petit clin d'œil qui porte à réflexion : « *Il est primordial de savoir quand aider, tout comme de savoir quand arrêter.* » (Egan, 2005 : 17)

### 1.3 Description et définitions du phénomène de la dépression

La précédente section est venue poser les assises de l'intervention sociale en santé mentale. Avant d'aborder plus spécifiquement l'intervention sociale relative à la dépression, cette présente section nous permettra, dans un premier temps, d'approfondir ce problème de santé mentale en particulier, en nous appliquant à le décrire et à le définir. Dans un second temps, nous en ferons un bref survol historique, ce qui nous permettra de démontrer qu'il s'agit d'un phénomène ayant revêtu différentes significations à travers les époques. Les représentations sociales de la dépression n'ont pas toujours été les mêmes. Auparavant, la dépression était perçue comme une « faiblesse de l'âme »; de nos jours, il s'agit d'un phénomène largement médicalisé. Enfin, nous poursuivrons notre exploration de la dépression en exposant différentes statistiques qui permettront de rendre compte de son ampleur dans nos sociétés contemporaines et de l'ampleur de sa médicalisation.

#### 1.3.1 Diagnostic de la dépression

Pour diagnostiquer une dépression majeure, un médecin doit reconnaître chez son patient les symptômes suivants, tels qu'inscrits dans le DSM-IV, soit le manuel de référence des psychiatres (American Psychiatric Association, 2004) :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.

- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (p. 163)

Notons aussi que tant le médecin généraliste que le psychiatre peuvent diagnostiquer une dépression et prescrire les antidépresseurs jugés nécessaires. Ils vont aussi souvent recommander aux individus en dépression de consulter un professionnel de la relation d'aide, afin de compléter le travail des antidépresseurs par un travail de nature psychologique.

Dans les deux prochaines sous-sections, nous dresserons d'abord un bref portrait historique de la dépression et de ses significations, qui ont évolué avec le temps. Ensuite, nous décrirons le phénomène contemporain de la dépression, son ampleur et discuterons de l'importance de sa médicalisation.

### 1.3.2 Survol historique et significations multiples de la dépression

Autrefois, nous parlions de « mélancolie » pour désigner cet état de tristesse qui caractérisait la dépression (Minois, 2003). Avant le 20<sup>e</sup> siècle, la mélancolie était



considérée comme une faiblesse personnelle, voire même comme une « maladie imaginaire » qui était fabulée par le patient. La dépression n'était donc même pas considérée comme un syndrome, c'est-à-dire comme un ensemble de symptômes dont la combinaison forme une entité médicale. Ce faisant, les gens souffrants n'étaient pas identifiés comme tels et ne recevaient donc pas de traitement. Leur souffrance était tue et endurée dans le plus grand des silences. Ce n'est qu'après le 20<sup>e</sup> siècle qu'on commença à se libérer d'une certaine rigidité, qui avait jusqu'alors enfermé les individus dans une vie bien rangée et disciplinée (Minois, 2003; Ehrenberg, 2008; Audrain, 2006). La libération religieuse, caractérisée notamment par le droit d'interpréter la Bible de manière individuelle et indépendante, sera accompagnée d'une certaine libération psychique. C'est ainsi qu'on commença à prêter davantage attention à l'intériorité et à la vie émotionnelle des êtres humains. Les émotions deviendront un sujet dont on peut parler ouvertement, la vie psychique étant maintenant admise dans les mœurs. En effet, on se la représente de plus en plus et on encourage même les gens à s'y intéresser. Souffrir devient désormais légitime (Minois, 2003).

Jusqu'aux années 1950-1960, on a assisté au déclin d'un type de sujet qui était jadis régulé par la discipline, la conformité et l'interdit. Ces normes allaient être remplacées par l'initiative individuelle et l'injonction à devenir soi-même (Ehrenberg, 2008). Parallèlement à ces changements dans l'individualité, la dépression gagne du terrain sur le médical et entre dans les mœurs. Auparavant, la dépression était une « maladie de la culpabilité »; maintenant, elle est devenue une « maladie de la responsabilité », dans laquelle domine le sentiment de ne pas être à la hauteur :

[...] la dépression nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne, car elle est la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative. Hier, les règles sociales commandaient des conformismes de pensée, voir des automatismes de

conduite; aujourd'hui, elles exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. L'individu est confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi : le déprimé est un homme en panne. [...] Fatigués et vides, agités et violents, bref, nerveux, nous mesurons dans nos corps le poids de la souveraineté individuelle. (Ehrenberg, 2008 : 15).

La dépression se trouve maintenant dans une situation paradoxale : depuis les années 1970, les psychiatres estiment qu'elle est le trouble de santé mentale le plus fréquent sur la planète. Mais malgré cela, ils sont incapables de bien la définir : « *La psychiatrie n'a pas de théorie de la dépression, mais en revanche elle en a un usage des plus plastiques.* » (Ehrenberg, 2001 : 28). Avec le temps, un riche vocabulaire s'est développé afin de nommer les maux de l'esprit dont peuvent souffrir les humains. Cette attention accrue au mal-être intérieur n'est pas sans lien avec la crise du sujet, à laquelle nous faisons référence plus tôt. Lorsqu'on s'attarde à l'histoire de l'individualisme, on peut déceler à travers les époques le développement d'un processus de privatisation de l'existence et, parallèlement, de socialisation de l'intimité (Ehrenberg, 2008). La responsabilité de notre bonheur se logerait désormais entièrement à l'intérieur de nous-mêmes; en d'autres mots, il nous appartiendrait de prêter attention à notre vécu intérieur et d'en prendre soin :

Ce qui fait problème aujourd'hui ne faisait pas problème hier. Ce qui fait problème aujourd'hui ne fera peut-être pas problème demain. Aujourd'hui, ce qui pose problème est que je ne me prenne pas en main moi-même; que je ne me responsabilise pas. Ce sera dans ce nouveau découpage entre ceux qui se prennent en main et ceux qui ne se prennent pas en main que se réalisera « l'incontournable référence à la norme » (Otero, cité dans Doucet, 2013 : 91)

Les ouvrages qui encouragent les individus à prendre en charge leur maladie abondent massivement. Pour illustrer un peu ce fait, voici quelques titres d'ouvrages sélectifs :

- *La dépression positive : trouver et retrouver ses repères dans la dépression* d'Étienne Payen, 2010
- *Vaincre la dépression : une étape à la fois* de Michael E. Addis, 2009
- *Idées noires et nuits blanches : comprendre et surmonter la dépression* de Marc Horwitz, 2009
- *Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge* de Jérôme Palazollo, 2007
- *Vaincre la dépression* de John Illman, 2005
- *De la dépression au goût du bonheur* d'Hélène Roubeix, 2005
- *Faire face à la dépression* de Charly Cungi et Ivan-Druon Note, 2004
- *La dépression : savoir la reconnaître et la surmonter* de Peter Treppner, 2003
- *Pour en finir avec la dépression* de Jean-Claude Lachaud, 2003
- *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse* de David Servan-Schreiber, 2003
- *La dépression : comment l'éviter et comment s'en sortir* de Dominique Megglé, 2002
- *Vous pouvez vaincre la dépression : comprendre pour agir* de John Preston, 2002
- *La dépression masquée : l'identifier, la maîtriser, s'en libérer* de Henri Rubinstein, 1999

Il est intéressant de noter que dans ces titres de livres, les mêmes thèmes reviennent : vaincre la dépression, s'en libérer, s'en sortir, la surmonter, la comprendre, l'identifier, la reconnaître, la maîtriser, l'éviter, la prévenir, etc. Tout autant de mots qui au fond, renvoient à un même désir : se donner les moyens d'éliminer la dépression. Il est également intéressant de noter qu'implicitement, la plupart de ces titres renvoient à la responsabilité individuelle, confirmant le phénomène de changement de registre normatif évoqué plus haut, de la culpabilité à la responsabilité (Ehrenberg, 2008). Culpabilité qui prenait racine dans une société rigide, régulée par des valeurs de conformité, de croyance religieuse et de discipline. Responsabilité qui prend maintenant racine dans une société libérée, caractérisée par l'éclatement des repères traditionnels, par la multiplication des choix possibles et par la sur-importance accordée à l'initiative et à la responsabilité individuelle.



Les sites internet qui abordent la question de l'auto-traitement de la dépression sont également très nombreux et variés. Si par exemple on prend le moteur de recherche Google, avec l'expression « auto-traitement de la dépression » on accède à plus de 1 300 000 résultats. En effectuant une recherche avec l'expression anglophone « self-help for depression », c'est plus de 30 900 000 résultats qui apparaissent.

Si la dépression semble être plus courante de nos jours, ses causes n'en sont pas pour autant plus claires. Est-ce qu'on fait une dépression parce que nos neurotransmetteurs nous font défaut, ou bien est-ce qu'on en fait une parce que les événements qui ont marqué notre vie et notre personnalité nous y ont prédisposés? Jusqu'à quel point les valeurs véhiculées par notre société ont un rôle à jouer dans le développement de la dépression?

Plusieurs disciplines s'intéressent à la dépression, et pour cause. La médecine essaie d'en élucider le mystère biochimique. La psychologie tente d'y trouver des explications et des interventions valables, que ces dernières soient d'orientation psychodynamique, cognitive ou encore humaniste. La sociologie, pour sa part, essaie de comprendre les changements dans l'individualité, la dépression étant un précieux objet d'étude pouvant permettre de mieux saisir les grands bouleversements sociaux de notre époque (Ehrenberg, 2008; Otero, 2011). Nous discuterons de diverses conceptualisations théoriques au point 1.8. Dans la prochaine sous-section, nous examinerons l'ampleur du phénomène contemporain de la dépression et de sa médicalisation et discuterons de la compréhension de cette dernière.



### 1.3.3 Ampleur du phénomène de la dépression et importance de sa médicalisation

On estime qu'annuellement au Québec, la dépression toucherait environ 5% de la population tandis que 17% de celle-ci serait susceptible d'en souffrir à un moment ou à un autre de sa vie (Revivre, 2008). Elle affecterait plus souvent les femmes que les hommes, pour des raisons encore nébuleuses. Par contre, on la dit universelle, tous les peuples pouvant en souffrir, indépendamment de leur pays d'origine ou de leur religion (Revivre, 2008). Selon les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (2012), la dépression sera la deuxième cause d'invalidité sur la planète d'ici 2020, après les maladies cardiovasculaires.

À chaque année, lors de la semaine de sensibilisation aux maladies mentales, nous pouvons voir de nombreuses publicités visant à informer la population sur ce que sont les maladies mentales et sur l'importance de se faire aider. Sur le site internet *Ma santé mentale*, élaboré par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2009), on pouvait y lire le slogan suivant : « *La dépression est une maladie. On peut s'en sortir* »<sup>1</sup>. De telles affirmations ne renvoient-elles pas à certaines ambiguïtés au sujet du sens de la dépression? Est-on puissant ou impuissant face à la dépression? Elle semble être à la fois une maladie mentale et un problème se résolvant à l'aide de la volonté personnelle. Est-ce une maladie qui se traite comme le diabète ou est-ce une faiblesse de l'âme qui se corrige par le courage personnel? Le « *contexte d'extrême pression à l'initiative et à la performance individuelles* » (Aubert, 2003 : 171), qui est omniprésent dans notre société, en placerait plusieurs en situation d'échec. L'individu se trouve donc à être soumis à des tensions énormes :

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2009). <<http://www.masantementale.gouv.qc.ca>>. Consulté le 21 octobre 2009.

[...] le sujet serait en crise de deux manières. D'une part, il ne saurait plus mettre de limites à la disposition de lui-même, de l'autre il apparaît réduit à un statut de victime souffrante. Comme si l'individualité était aujourd'hui tendue entre les deux extrêmes de la toute-puissance et de l'impuissance. Ce processus résulterait d'un processus inexorable de privatisation de l'existence. (Ehrenberg, 2001 : 26)

Penser la dépression uniquement en termes de maladie peut-il comporter le risque de « victimiser » la personne, en l'enfermant dans une espèce de fatalité par rapport à laquelle elle n'aurait pas beaucoup de pouvoir? Est-ce que cela risquerait aussi de la pousser à s'en remettre essentiellement à de la médication pour espérer s'en sortir? Selon le discours biomédical, la dépression est en lien avec les neurotransmetteurs qui sont défectueux. Il faut donc corriger leur fonctionnement à l'aide de molécules chimiques, que sont les médicaments antidépresseurs.

Plusieurs statistiques ont démontré l'augmentation du nombre de cas de dépression dans la population, en même temps que l'augmentation du nombre de prescriptions d'antidépresseurs. Si les antidépresseurs sont si souvent prescrits, c'est fort probablement parce qu'on croit en leur efficacité. Or, on peut légitimement se demander pourquoi le nombre de prescriptions continue à augmenter, année après année, tandis que le nombre de diagnostics de dépression ne va pas en diminuant? Est-ce que cela pourrait signifier que les antidépresseurs n'amélioreraient pas les symptômes de dépression autant qu'on le souhaiterait? Le sociologue Marcelo Otero illustre bien ce questionnement, dans un article au sujet des antidépresseurs :

Si l'humeur d'un nombre grandissant de Canadiens et de Canadiennes semble plutôt dépressive, le marché des antidépresseurs en revanche garde le moral : leur utilisation a augmenté de 325% au cours des vingt dernières années (Hemels et al, cités dans Otero, 2003 : 29).

Au Québec seulement, en 2008, c'est environ 9 millions de prescriptions d'antidépresseurs qui auraient été données aux adultes de 20 ans et plus; pour les

moins de 20 ans, c'est près de 2 millions de prescriptions qui leur auraient été données (IMS Health, cité dans Pineault, 2009 : en ligne). Ces données sont consternantes, si on considère le fait qu'il y a environ 8 millions d'habitants au Québec. On parlerait donc d'un total de 11 millions de prescriptions en 2008 pour 8 millions d'habitants. Est-ce que cela signifierait que plusieurs différentes sortes d'antidépresseurs auraient été prescrites aux mêmes individus, gonflant ainsi ces nombres? Ces 11 millions de prescriptions comprenaient-elles aussi les renouvellements?

Si nous regardons les données canadiennes, nous pouvons constater qu'en 2006, la dépression arrivait en quatrième position parmi les motifs de consultation les plus fréquents auprès des médecins généralistes (IMS Health, cité dans Moreau, 2009 : 14). Les données états-uniennes, quant à elles, nous amènent sensiblement au même type de constat : le nombre d'adultes diagnostiqués avec une dépression a triplé en 10 ans, soit entre 1987 et 1997 (Olfson, cité dans Moreau, 2009). Il est estimé qu'annuellement aux États-Unis, 28 millions d'individus consommeraient des antidépresseurs, ce qui équivaldrait à près de 10% de la population (Minois, cité dans Moreau, 2009).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2012), moins de 25% des 121 millions de personnes souffrant de dépression dans le monde recevraient un traitement. Ces données sont intrigantes, si on les compare avec les données précédemment citées au sujet du nombre faramineux de prescriptions d'antidépresseurs au Québec et aux États-Unis notamment. Mais selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce manque d'accès au traitement s'expliquerait par plusieurs raisons, notamment par la stigmatisation associée à la maladie mentale, la difficulté à diagnostiquer le trouble, le manque de ressources professionnelles (médecin, thérapeutes, etc.) ou encore l'incapacité de la personne à aller chercher l'aide nécessaire, vu son état apathique.



Ces données que nous venons de voir indiquent donc non seulement une augmentation du nombre de diagnostics de dépression dans la population, mais également une augmentation du nombre de prescriptions d'antidépresseurs. Lepastier (2008) résume la situation ainsi :

Constatons donc que les antidépresseurs ne répondent pas à la tâche qu'ils s'assignent. En même temps, évoquer un accroissement de l'incidence de la maladie est reconnaître qu'elle n'est pas seulement la conséquence d'un trouble génétique mais pourrait être une réaction à des facteurs psychosociaux. (p. 80)

Cela nous renvoie aux questionnements évoqués plus haut, au sujet de la nature de la dépression; est-ce une faiblesse de l'âme qui se corrige par le courage et la volonté personnelle, ou est-ce une véritable maladie qui se traite comme le diabète par exemple? Il ne faut pas minimiser la souffrance engendrée par la dépression, mais les nombreuses lectures théoriques et sociales qui en sont faites, parfois contradictoires, parfois complémentaires, indiquent que sa véritable nature serait plutôt complexe et difficile à saisir :

La souffrance dépressive authentique est, pour ceux qui la vivent, une expérience sans commune mesure par rapport à celle résultant d'une grave atteinte organique. Bien entendu, ce n'est pas elle que je remets en cause mais, facilitée par leurs capacités d'identification hystérique, la suggestion faite à un très grand nombre de personnes, face à la grisaille de l'existence, de la conviction que, porteuses d'une maladie ignorée, elles peuvent bénéficier de critères stricts de diagnostic ainsi que de traitements éprouvés. Les faits, pourtant, sont bien misérables. La plus importante étude commandée par l'administration américaine conclut non seulement à la faible efficacité des antidépresseurs mais aussi que la dépression est un mécanisme trop complexe pour être traitée par un simple ajustement de médicaments. Un des experts aurait conclu que ces résultats étaient particulièrement déprimants. (Lepastier, 2008 : 89)



Depuis la découverte des premiers antidépresseurs dans les années 1950, la dépression serait donc trop facilement réduite à un ensemble de symptômes que l'on cherche à éliminer à l'aide de médicaments (Ehrenberg, 2001). Mais en réfléchissant au fait que la souffrance psychologique puisse être perçue comme étant plus nuisible qu'autre chose, il semble normal de vouloir l'enrayer. Selon la philosophe Clotilde Badal, les valeurs de notre époque encourageraient de manière excessive la recherche du bonheur. Elles décourageraient ainsi la connaissance de soi, le regard lucide porté sur sa réalité, exposant les individus à des modèles de réussite qui semblent être les seuls valables et qui paraissent dépourvus de souffrance :

L'envers de cette idéologie du bonheur, c'est l'avènement de la dépression comme nouvelle maladie de l'âme. La dépression s'installe sur le socle de cette absence de présence du sujet à lui-même. [...] La dépression est une nouvelle façon de souffrir, une souffrance sans objet précis, une souffrance de rien, un sentiment d'inexistence qui vide le sujet de tout rapport à lui-même. (Badal, 2003 : 774)

En ne cherchant plus la vérité dans son for intérieur, l'individu contemporain entretiendrait un rapport stérile avec lui-même. Il serait par conséquent porté à se replier sur ses intérêts personnels, recherchant seulement la jouissance immédiate, soit la continuelle satisfaction de ses désirs. Dans cette optique, toute insatisfaction de ses désirs risquerait de devenir pour l'individu insupportable. Badal poursuit dans le même sens en nous expliquant en quoi dépression, souffrance, désir et sentiment d'exister sont tous étroitement reliés:

Être déprimé, c'est ne plus parvenir à désirer. Être en mal de désir, c'est s'éprouver comme absent de sa propre existence. Se sentir inexistant, c'est finalement faire l'expérience d'un nouveau style de désespoir. Désespoir d'un sujet qui se perd lui-même dans le labyrinthe des images que la société lui impose comme preuves de son existence. (Badal, 2003 : 775)

C'est comme si l'individu contemporain, en recherchant un bonheur trop idéalisé, deviendrait désespéré face à l'impossibilité de rencontrer cet idéal si ardemment recherché. En poursuivant un idéal si élevé, il deviendrait en quelque sorte « allergique » à la souffrance, puisque cet idéal est représenté comme étant dépourvu de souffrance. Pourtant, la souffrance fait partie intégrante du sentiment d'être vivant. Bien entendu, on peut concevoir qu'une souffrance qui deviendrait paralysante, telle que celle occasionnée par une grave dépression majeure, peut devenir très douloureuse et pénible à vivre pour l'individu.

Selon la tendance à médicaliser la souffrance psychologique, l'individu en dépression serait perçu comme un « corps-malade » qu'il s'agirait simplement de soigner. On peut penser que les solutions offertes par la médecine présentent le risque de faire oublier le sujet souffrant à l'intérieur de ce corps. Cette tendance à médicaliser la souffrance morale et à fusionner esprit et corps dans le traitement de la dépression suscite un débat :

Si les polémiques sur les psychoses occupent le devant de la scène aux alentours de 1970, elles se polarisent aujourd'hui sur la dépression à travers deux thèmes : l'incertitude affectant son statut de pathologie et la critique de sa prise en charge pharmacothérapeutique. Les soupçons qui s'exercent sur les molécules ont engendré la crainte d'une réduction de l'humain à un fait neurophysiologique manipulable à merci par les techniques biologiques et pharmacologiques. [...] Une tension règne dans l'histoire des désordres de l'esprit entre une conception de l'humain en tant qu'animal, vivant par rapport au végétal, et une conception contraire en tant qu'être de parole, humain à l'intérieur du vivant animal. (Ehrenberg, 2001 : 27)

D'autres auteurs vont dans le même sens, en critiquant la science et la médecine par rapport à leur « ingérence » dans la vie mentale des individus et en montrant comment la santé est devenue un véritable sujet de prédilection :

On sait que les normes médicales et scientifiques, notamment par le biais de l'éducation à la santé, régulent de plus en plus largement nos conduites, et ce, d'autant plus que s'institue, dans la société globale, une lecture biologique des raisons de nos comportements et de nos pensées (Fassin et Memmi, 2004). La sociologie de la santé mentale rend également compte de la fabrique du « sujet cérébral » et de la généralisation d'une culture neuroscientifique (Ortega & Vidal, 2011). Des travaux de sociologues de la religion font écho à ces analyses en montrant que la santé est devenue l'un des principaux « laboratoires » des bricolages contemporains, et cela, très nettement en faveur de la science (Rossi, 2007; Hervieu-Léger, 2005). (Garnoussi, 2011 : 260)

Mais revenons à la dépression. Tel que déjà mentionné, la science qu'est la médecine a désormais une position privilégiée dans l'explication et le traitement de la dépression. Le positivisme scientifique, dans lequel s'inscrit la médecine, glorifie les connaissances acquises rigoureusement et mises en évidence par des preuves scientifiques observables universellement, dans des conditions contrôlées, reproductibles et objectives (Aubert, 2012; Garnoussi, 2011). Les connaissances acquises selon d'autres mécanismes, qui ne seraient pas directement observables et difficilement objectivables, seront donc considérées comme peu valides par la philosophie positiviste :

Les dimensions humaines non observables physiquement, telles que l'imaginaire, les valeurs, la symbolique, les émotions, l'affect, les rapports à l'autorité, l'inconscient, y trouvent difficilement leur place, n'étant pas dignes d'être prises en compte par le regard scientifique positiviste sinon comme des fantaisies, des égarements perceptifs à la limite (Parazelli et Dessureault, 2010 : 20).

Ces dimensions humaines non-directement observables ne se laissent donc pas facilement découvrir. La médication, qui permet de remédier quasi-immédiatement aux symptômes de souffrance psychologique, contribuerait possiblement à éviter de faire un effort pour la symboliser. Comme s'il fallait neutraliser rapidement cette souffrance, comme si elle ne servait à rien de bon et nous faisait perdre du temps.



Dans son ouvrage *Histoire du mal de vivre : de la mélancolie à la dépression*, Georges Minois décrit le parallèle entre les valeurs de la société contemporaine et la manière dont on réagit face aux gens qui sont déprimés :

La société moderne hédoniste et humoristique contribue au contraire à mettre en évidence le dépressif, à le montrer du doigt d'un air réprobateur, parce qu'il fait tache sur l'ambiance de joie superficielle convenue. À l'ère de la décontraction, de l'attitude *cool* et *soft*, du dynamisme motivé, de la communication sans complexe, le dépressif se remarque. Et il se culpabilise. Il a tout pour être heureux; s'il ne l'est pas, ce ne peut être que de sa faute. Face à ces cas de tristesse invincible, la société est désarmée. Quels remèdes a-t-elle à leur offrir, si ce n'est que des antidépresseurs? Comment s'étonner que se répande le mal de vivre et qu'augmente le nombre de suicides, et surtout de tentatives de suicide? (Minois, 2003 : 427)

Dans le documentaire *Québec sur ordonnance*, réalisé par le journaliste Paul Arcand (2007), une jeune actrice s'est prêtée au jeu de consulter plusieurs médecins pour tester leurs réactions face à ses symptômes dépressifs. Sur les cinq médecins qu'elle a consultés, quatre lui auraient prescrit des antidépresseurs et ce, après seulement 3-4 minutes de consultation. Le cinquième l'aurait référée à un psychologue. Selon cette mise en scène, on peut constater que les antidépresseurs seraient facilement prescrits au Québec, ce qui permet d'illustrer les statistiques présentées plus haut au sujet des 11 millions de prescriptions d'antidépresseurs au Québec en 2008 (IMS Health, cité dans Pineault, 2009 : en ligne).

Nous pouvons ainsi nous demander si cette facilité à recourir aux médicaments peut non seulement contribuer à démotiver la recherche de sens, mais également la reconstruction identitaire chez les individus souffrant de dépression? Le phénomène de médicalisation de la santé mentale, en particulier de la dépression, a été largement questionné par le sociologue Marcelo Otero (2005) :



D'une part, les agences gouvernementales locales et internationales (OMS, Santé Canada, MSSSQ, etc.) sonnent l'alarme quant à l'augmentation des problèmes de santé mentale et à leurs conséquences socioéconomiques. D'autre part, les avancées de la nouvelle psychiatrie, de la psychopharmacologie et de la génétique, que l'on affirme spectaculaires, laissent entendre que l'on diagnostique de façon plus précise et que l'on soigne plus efficacement (nouvelles molécules spécifiques et moins toxiques). Peut-on prétendre avoir la capacité de mieux soigner, tandis qu'on assiste du même coup à une multiplication inédite de problèmes de santé mentale ? Bref, on est en présence d'une véritable épidémie de problèmes de santé mentale pour laquelle on dispose de moyens thérapeutiques très efficaces qui toutefois ne guérissent pas. Comment expliquer ce mariage étrange d'optimisme thérapeutique et de pessimisme épidémiologique? (p. 9)

Il est en effet plutôt inquiétant de constater que les statistiques au sujet de la dépression soient si alarmantes, mais qu'en même temps on nous passe de banals messages publicitaires du genre « *La dépression est une maladie. On peut s'en sortir.* » ou encore « *La dépression fait mal, mais vous n'avez pas besoin de souffrir.* » (MSSS, 2009). De tels messages visent à nous rappeler que la psychothérapie et les traitements pharmacologiques sont là pour nous aider à combattre la souffrance émotionnelle et la maladie mentale. La différence entre le corps et l'esprit s'étant estompée à travers le temps, la dépression serait maintenant considérée et traitée au même titre qu'une maladie physique et ce, malgré leurs nombreuses disparités :

Pourtant, maladies du corps et affections psychiques diffèrent au moins sous deux aspects fondamentaux. D'une part, les maladies des organes, et elles seules, peuvent être décrites en référence à une lésion anatomique et/ou biologique causale : d'autre part, les affections psychiques ont une dimension intersubjective : le sens des symptômes est perçu par autrui. Pour les psychiatres athéoriques, l'illusion d'identité des deux types de troubles résulte de leur idéologie thérapeutique, l'effet des médicaments prouvant l'atteinte cérébrale. (Lepastier, 2008 : 81)

Lorsqu'il consultera un médecin généraliste ou un psychiatre au sujet de ses symptômes de dépression, l'individu se fera sans doute poser une série de questions qui serviront à établir ou non un diagnostic. Le médecin lui prodiguera peut-être aussi en prime quelques conseils utiles : manger mieux, consommer plus d'oméga 3, dormir mieux, prendre soin de soi, faire de l'activité physique, s'adonner à la relaxation, s'offrir des moments de repos et de plaisir, pratiquer son sens de l'humour, entretenir des amitiés saines, éviter le surmenage, etc. Tel que nous l'explique Catherine Audrain, dans son mémoire de maîtrise en sociologie au sujet de l'histoire du traitement de la dépression, l'heure serait à la solution toute-faite, à l'évitement de la réflexion et surtout à l'évitement de la souffrance :

Le « *Je pense donc je suis* » de Descartes, devenu en quelque sorte un « *Je souffre donc je suis* » depuis le romantisme, fait de la souffrance le substrat de la pensée dont la portée serait de conférer une valeur supérieure à la vie et à l'existence. Toutefois, si une telle formulation a pu constituer pendant un certain temps une position identitaire du sujet, aujourd'hui, avec le développement de la chimiothérapie et l'accroissement des consultations psychothérapeutiques, il semblerait que le sujet exprime, par cette recherche, un désir de soulagement de sa souffrance et de façon ultime, un désir de s'y soustraire complètement. Avec l'augmentation de la consommation de psychotropes et des consultations psychologiques, le « *Je souffre donc je suis* » pourrait être devenu le « *Je souffre donc je ne suis pas* ». (Audrain, 2006 : 7)

On pourrait même dire que le « *Je pense donc je suis* » de Descartes serait en quelque sorte devenu un « *Je jouis donc je suis* ». Si les antidépresseurs peuvent effectivement aider l'individu à jouir de la vie, alors pourquoi ne pas en prendre? Les moyens qui sont désormais disponibles pour alléger la souffrance sont si nombreux et variés qu'il semble naturel d'opter pour ce qui est considéré comme étant le plus rapidement efficace. Entre des antidépresseurs qui prendront environ deux semaines à agir et qui nous aideront à nous sentir rapidement mieux, et une psychanalyse qui mettra plusieurs années à nous aider à réaménager positivement notre psychisme intérieur, le choix est-il difficile à faire?

Dans une interview qu'elle a menée auprès de la psychanalyste Jan Bauer, Lebrun (1996) rapporte les propos suivants qui mettent en perspective deux façons de concevoir la dépression : soit comme un non-sens, ayant le statut d'une simple maladie ou soit comme un événement rempli de sens, qui peut même être bénéfique pour la personne qui en souffre :

On peut vivre la dépression de deux manières. De façon courante, on veut surtout s'en débarrasser; on s'adresse donc à un médecin ou à un thérapeute et, grâce à leur aide, on pourra remonter la côte et repartir comme avant. La dépression est alors un accident de parcours qui n'a aucune valeur en soi; c'est un bobo à guérir. Le présupposé est que la dépression est essentiellement une maladie. Le but est d'en sortir, pour être comme avant, sans tache, ni cicatrice. [...] la dépression, si elle est vécue comme une initiation, ne peut pas vous ramener « comme avant ». L'initiation a toujours pour but de faire accéder l'individu à un niveau plus élevé de conscience, et ce passage ne peut se faire sans douleur. C'est pour cette raison que, dans certaines tribus, les initiations comportent des lacérations : on mutile le corps, on marque la peau pour s'assurer de l'impossibilité d'une régression. (p. 38)

On voit donc que la dépression dépasse largement le diagnostic médical auquel elle est rattachée. Elle est aussi un phénomène social, porteur de nombreuses significations et interrogations. Comment prendre en compte ces possibles significations dans l'intervention sociale? Comment chercher à comprendre autrement que par la vision biomédicale qui prédomine dans son explication actuelle? Comment tenter d'ouvrir un dialogue authentique, une recherche de sens, avec des individus se considérant probablement atteints d'une maladie et qui viennent peut-être voir la travailleuse sociale surtout parce que leur médecin leur a recommandé? Devant l'importance de la médecine et de la psychologie clinique, quelle place réussit à prendre le travail social? Comment les travailleurs sociaux, dont la profession est difficile à définir, parviennent-ils à affirmer leur rôle dans une équipe multidisciplinaire?



Voilà autant de questionnements qui nous motivent et nous stimulent à vouloir mieux comprendre la façon dont les travailleurs sociaux se représentent la dépression et comment ils se positionnent théoriquement par rapport à celle-ci. Maintenant, dans le prochain chapitre, nous nous concentrerons sur les approches théoriques existantes pour expliquer la dépression et concevoir son traitement, afin de mieux comprendre sur quelles bases théoriques les travailleurs sociaux peuvent s'appuyer pour intervenir auprès d'individus souffrant de dépression.

#### 1.4 Diverses approches théoriques pour expliquer la dépression et intervenir

Ce chapitre présentera différentes approches théoriques qui permettent d'expliquer la dépression et d'intervenir sur celle-ci. Ces différentes approches théoriques sont porteuses de représentations sociales diverses de la dépression et de son traitement. Tantôt vue comme un problème médical qui s'explique par un déséquilibre biochimique dans le cerveau, tantôt vue comme un style d'attachement inadéquat, qui entretient la souffrance morale de la personne, la dépression peut se concevoir selon un éventail de théories différentes assez larges. Ces approches théoriques peuvent être complémentaires dans certains cas, comme elles peuvent être contradictoires dans d'autres. Rendre compte de cette diversité théorique permet de mieux saisir la complexité du phénomène de la dépression, mais aussi la panoplie d'interventions possibles.

L'éventail des théories permettant d'expliquer la dépression et d'intervenir est assez large; ces théories comprennent généralement le modèle biomédical, le modèle biopsychosocial ainsi que diverses théories psychologiques dont la théorie cognitive, la théorie psychanalytique, la théorie systémique ainsi que l'approche existentielle-humaniste. Ces théories ne sont pas nécessairement toutes connues en profondeur ni



maîtrisées par les travailleurs sociaux. Nous pouvons néanmoins penser qu'ils les utilisent d'une façon ou d'une autre dans leurs interventions auprès de gens en dépression, que ça soit pour orienter certains objectifs d'intervention ou simplement pour se donner des repères pour comprendre la souffrance morale vécue par les personnes en dépression. Bien que ces différentes conceptions théoriques ne soient pas nécessairement utilisées de façon exclusive et rigide par les professionnels, il nous apparaissait pertinent, par souci de clarté, de les présenter et de les décrire une à une dans les sections qui suivront. En effet, l'humain étant un être complexe, on ne peut espérer pouvoir le comprendre dans sa globalité en faisant appel à une seule approche théorique :

[...] chacune de ces approches n'est que la fixation et "l'isolation" de l'une des nombreuses dimensions de la personne humaine et des processus de changement psychologiques. Ces dimensions sont naturellement en interaction les unes avec les autres; elles doivent être combinées et mélangées (comme le peintre mélange ses couleurs pour créer un tableau) afin de faire face à la diversité et à la complexité des patients. (Chambon et Marie-Cardine, cités dans Jolicoeur et Sauvé, 2000 : 35)

Il est à noter que nous n'avons pas la prétention de connaître en profondeur toutes les théories existantes pour traiter la dépression; nous présenterons donc les concepts que nous connaissons déjà ainsi que ceux que nous avons découverts à travers une revue de la littérature au sujet des théories sous-tendant le traitement médical et psychothérapeutique de la dépression. Leur présentation doit ainsi être comprise à titre exploratoire et sera sans contredit bien imparfaite. Notre but ici est vraiment de donner un aperçu afin de mettre en relief les différents positionnements théoriques qui existent par rapport aux manières de comprendre, d'expliquer et de soigner la dépression. Nous concluons le présent chapitre en présentant nos questions et objectifs de recherche.

#### 1.4.1 Le modèle biomédical : un modèle explicatif centré sur la physiologie

Tel que déjà mentionné précédemment, la médecine a le monopole de la définition et du traitement de la dépression. Dans cette optique, le manque de sérotonine dans la dépression serait une explication aussi simple de celle-ci que ne l'est un pancréas qui ne parviendrait plus à produire l'hormone essentielle qu'est l'insuline pour expliquer le diabète. De la même manière que l'on consultera un endocrinologue pour préciser un diagnostic et obtenir un traitement adéquat, on consultera un psychiatre ou un médecin généraliste lorsque le moral et l'énergie n'y sont plus.

Le cerveau, constitué de 100 milliards de neurones, est l'organe le plus complexe et le plus difficile à étudier. Trois régions distinctes composent le cerveau : le tronc cérébral, les hémisphères cérébraux et le cervelet. C'est le tronc cérébral qui serait le plus important dans la régulation des émotions :

L'ensemble des structures du tronc cérébral est considéré comme la partie la plus primitive du cerveau. [...] Les neurones du tronc cérébral jouent un rôle particulièrement important dans le contrôle des fonctions dites « neurovégétatives » telles que la tension artérielle, le rythme cardiaque, la température corporelle, la faim, le sommeil, et la régulation de la synthèse des hormones par l'hypothalamus et l'hypophyse (ou glande pituitaire). Les fonctions neurovégétatives sont d'ailleurs souvent modifiées chez un patient atteint de troubles dépressifs ou de manie. (Leblanc et coll, 1996 : 75)

Le fonctionnement des émotions serait régulé à la fois par le cortex et les structures du tronc cérébral : « ... l'idée que des structures du système nerveux puissent être à la base des émotions et des comportements demeure en psychiatrie un concept important qui permet de mieux comprendre la maladie affective » (Leblanc et coll, 1996 : 76). Les neurones sont les cellules spécialisées qui composent le cerveau, comme tous les autres organes du corps humain sont composés de cellules

particulières. Les neurones sont comme de petits arbustes et ils ont deux sortes de prolongements : les dendrites, qui servent à recevoir les messages des autres neurones ainsi que les axones, qui servent à transmettre les messages aux autres neurones. Les synapses sont les sites à partir desquels les substances chimiques sont libérées. Ces substances chimiques, lorsque libérées, permettent la transmission de l'information d'un neurone à un autre :

Cette opération de communication prend quelques millièmes de seconde et se termine, soit par la destruction du neurotransmetteur par des enzymes, soit par un recyclage du neurotransmetteur qui est recapté et emmagasiné par l'axone pour être réutilisé lors d'une prochaine transmission. (Leblanc et coll, 1996 : 78).

Plusieurs neurotransmetteurs sont connus : sérotonine, noradrénaline, dopamine, acétylcholine, GABA ainsi qu'hormones et classe des peptides qui regrouperaient une centaine de molécules différentes (Leblanc et coll, 1996). Les neurotransmetteurs les plus impliqués dans les troubles de l'humeur seraient la sérotonine et la noradrénaline. La dopamine aurait aussi un rôle à jouer, mais on ne connaît pas beaucoup son action encore. La sérotonine est l'hormone la plus visée par les antidépresseurs; ces derniers vont agir notamment en diminuant la recapture de celle-ci dans les neurones. D'où le nom de certains médicaments portant l'acronyme IRS, c'est-à-dire « inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ». La sérotonine est une substance chimique qui assure la fluidité de la transmission des messages d'un neurone à l'autre (Leblanc et coll, 1996). Dans le cerveau des individus souffrant de dépression, celle-ci serait produite de manière insuffisante. C'est ce qui expliquerait le ralentissement psychomoteur caractéristique de la dépression:

Bien que partielle, cette information a entraîné la formulation d'hypothèses biologiques visant à expliquer les troubles de l'humeur et à instituer des traitements qui pourraient rétablir l'équilibre biochimique du cerveau ; ainsi, les



antidépresseurs augmentent les taux de sérotonine et de noradrénaline dans l'espace synaptique. (Leblanc et coll, 1996 : 79)

Ces déséquilibres chimiques dans les neurotransmetteurs seraient génétiques, donc transmis héréditairement. Toutefois, la transmission génétique de ces déséquilibres n'entraînerait pas automatiquement la présence de la maladie qu'est la dépression; il faudrait, en plus, l'ajout de facteurs psychologiques et environnementaux qui déclencheraient celle-ci chez une personne déjà fragile biologiquement.

#### 1.4.2 Le modèle biopsychosocial: causes multiples et circulaires de la dépression

Au Québec, dans le réseau public de la santé et des services sociaux, les troubles de santé mentale, dont fait partie la dépression, sont souvent traités par une équipe multidisciplinaire en première ligne. Préconisant une approche dite biopsychosociale, une telle équipe est généralement composée d'une infirmière, d'un psychiatre, de psychologues et de travailleurs sociaux. En effectuant une revue de la littérature au sujet des impacts cliniques des stratégies d'intervention en première ligne, Beaucage, Cardinal, Kavanagh et Aubé (2009) ont recensé plusieurs études ayant démontré que le travail en équipe multidisciplinaire figure parmi les stratégies les plus efficaces pour traiter la dépression majeure:

Les stratégies les plus efficaces incluent, selon le cas, le travail en équipe multidisciplinaire, la formation des intervenants sur la détection et le traitement de la dépression majeure, l'utilisation des guides de pratique, un plus grand partage des tâches et la mise en place de mécanismes de suivi. Ce suivi comprend différentes activités : la relance, la psychoéducation, le maintien de l'observance, l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes, la prévention et la gestion de crise psychosociale. (p. 86)



Ces auteurs expliquent que lorsque les équipes de soin sont composées d'intervenants multiples, le travail multidisciplinaire qui en découle se base davantage sur des stratégies complexes. Ils comparent ces stratégies à celles utilisées pour d'autres problèmes de santé chroniques, tels que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète et l'hypertension artérielle (Beaucage, Cardinal, Kavanagh et Aubé, 2009).

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, ce sont habituellement les travailleurs sociaux ou les psychologues qui assurent les séances de *counseling* auprès des clients de leurs charges de cas. En équipe multidisciplinaire, les cas les plus complexes seront discutés et les professionnels réfléchiront ensemble à la suite des interventions, guidés par les conseils du psychiatre qui est considéré comme l'expert. Par exemple, un travailleur social expliquera ce qu'il a travaillé avec son client, énoncera les embûches et les avancées et posera ses questions au psychiatre. Le psychiatre donnera son opinion clinique sur les troubles du client et sur l'approche qu'il faut selon lui privilégier, réévaluera la médication et l'ajustera au besoin. L'infirmière spécialisée en santé mentale est quant à elle une personne-ressource dans l'équipe. (Beaucage, Cardinal, Kavanagh et Aubé, 2009).

Bien que prôné par les équipes multidisciplinaires œuvrant en santé mentale, le terme « modèle biopsychosocial » serait souvent employé à tort, sans être nécessairement bien compris (Berquin, 2010). La force de ce modèle résiderait dans le fait qu'il prend davantage en compte les facteurs psychologiques et sociaux de la maladie, contrairement au modèle biomédical qui lui, met vraiment l'accent sur les facteurs biologiques :

Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement

de la maladie. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si l'on conçoit que leur importance relative puisse varier). Le modèle biopsychosocial est donc un élargissement du modèle biomédical : les facteurs biologiques y gardent toute leur place. (Berquin, 2010 : 1512)

De plus, essayer de conjuguer qualité de la relation thérapeutique, pertinence du traitement et prise en compte de la complexité des problèmes est un équilibre qui n'est pas toujours facile à atteindre. Le modèle biopsychosocial pourrait aider à mieux prendre en compte cette complexité, puisqu'il « *remplace des systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier et à contrôler* » (Berquin, 2010 : 1512)

Un autre aspect intéressant du modèle biopsychosocial est qu'il accorde une grande importance à la participation active du patient. Afin de soutenir cette participation, il est important selon ce modèle de prendre le temps d'écouter les perceptions du patient et de lui donner des informations éducatives. En effet, les croyances du patient au sujet de la maladie et de son traitement influenceraient de manière directe l'efficacité du traitement (Berquin, 2010).

Maintenant que nous avons présenté le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial, regardons de plus près ce qu'il en est des approches psychologiques utiles pour le traitement de la dépression. Dans un premier temps, nous discuterons de la théorie cognitive et de la thérapie interpersonnelle (TIP). Ensuite, nous présenterons certains concepts de la théorie psychanalytique reliés à la dépression. Enfin, nous présenterons la théorie systémique.

### 1.4.3 La théorie cognitive pour expliquer la dépression et intervenir

Nous entendons régulièrement parler de « thérapie cognitive-comportementale » (TCC), plutôt que de « thérapie cognitive ». Les TCC comprennent de multiples approches, que nous verrons plus loin. Nous avons intitulé cette section simplement théorie cognitive puisque nous voulions faire référence à l'œuvre majeure de Beck par rapport à la dépression. Afin de mieux comprendre ces différences d'appellations, nous pouvons nous référer sommairement à l'histoire de ces théories (cognitive et comportementaliste, ou plutôt behavioriste), afin de mieux saisir leurs différences et en quoi elles forment aujourd'hui une paire étroitement liée :

Les TCC, si elles ne constituent pas un paradigme universellement reconnu, correspondent incontestablement à une « dominante » (Legrand, 1990) dans plusieurs contextes nationaux auxquels elles s'adaptent. Rappelons que la psychologie cognitive s'est affirmée dans les années 1950 sur fond de crise du modèle behavioriste et d'ascension des sciences cognitives recouvrant un ensemble de disciplines telles que la linguistique, la philosophie, l'épistémologie, les neurosciences, l'intelligence artificielle, etc. (Parot, 2008). Tout en poursuivant le projet d'élaboration d'un compte rendu scientifique du fonctionnement psychique et des comportements humains observables, le cognitivisme suit le principe selon lequel la vie mentale, le *mind*, s'organise selon une logique rationnelle de « traitement de l'information » comme en rendent compte les modèles « computationnels ». En revanche, ce qui est considéré comme une expansion du cognitivisme à partir des années 1970 correspond moins à un développement en termes d'innovations théoriques que de nouvelles propositions thérapeutiques reprenant à leur compte des éléments du behaviorisme (Legrand, 1990; Plas, 2008). (Garnoussi, 2011 : 267)

La théorie cognitive de la dépression a été élaborée par Beck dans les années 1970. Selon cette théorie, la dépression serait en bonne partie causée par des croyances irrationnelles entretenues par le patient. Ainsi, un individu pourrait avoir des pensées telles que : « Je ne vaudrai rien », « Je ne réussirai jamais ce que j'entreprends » ou



encore « Si je ne me surpasse pas, les autres ne m'aimeront pas ». La psychologie cognitive stipule donc qu'à force de ressasser de telles idées négatives et irrationnelles, l'individu pourrait entrer dans une spirale néfaste le menant à la dépression :

Les théoriciens cognitivistes postulent qu'on ne réagit pas aux événements eux-mêmes, mais plutôt à l'idée qu'on s'en fait. Les divers syndromes psychiatriques seraient accompagnés de certaines distorsions de la pensée qui viendraient perturber la perception des événements et ainsi provoquer des états pathologiques. [...] Selon ces chercheurs, la dépression serait attribuable à une lecture faussée de l'information qui parvient au sujet, en raison de schèmes cognitifs altérés. (Leblanc et coll., 1996 : 99).

L'approche thérapeutique découlant de la théorie cognitive vise donc à remplacer ces idées erronées par des schémas de pensée plus réalistes et plus optimistes. Selon cette approche, il faut travailler sur ces idées pessimistes qui causent la dépression, idées que l'individu entretiendrait au sujet de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure. C'est ce qu'on appelle la « triade cognitive dépressive » (soi-autrui-monde), qui a été élaborée par Beck en 1976. Corriger ces fausses perceptions aiderait donc l'individu à se débarrasser de ses affects dépressifs puisque cognition et sentiments sont étroitement reliés. Richard et Kramer (2013), en parlant de l'individu souffrant de dépression, soulignent que :

Si l'on brosse le tableau de l'expérience cognitive qu'il est en train de vivre, on sera frappé la plupart du temps par la négativité de ses pensées, produites en quantités et accompagnées d'affects comme la détresse, le sentiment d'abandon, la rage autodestructrice. Sa vision de lui-même, du monde et de l'avenir, triade cognitive bien connue, correspondra par exemple à un être insignifiant, dans un monde sans intérêt et dont l'avenir est des plus sombres. (p. 172)



Ces auteurs (Richard et Kramer, 2013) ont écrit un article portant sur l'utilisation du silence comme outil thérapeutique dans la thérapie cognitive de la dépression. À partir d'une histoire de cas, ils expliquent comment le thérapeute peut parvenir à tirer profit des silences de la personne en dépression pour l'aider à restructurer ses cognitions, lesquelles seraient souvent exprimées de manière lente et décousue en début de thérapie. Le thérapeute ralentit donc son propre rythme intellectuel pour s'adapter à la lenteur de l'individu en dépression, et l'accompagne lentement et délicatement vers l'identification et l'expression de ses émotions, de ses pensées et de ses besoins. Les silences de la personne en dépression pourraient représenter par exemple une absence à soi, une manière de s'apaiser, un moment pour rassembler ses idées ou encore un évitement d'émotions douloureuses. C'est donc dans ce sens que ces auteurs parlent de différents silences, qui ne signifient pas que rien ne se passe dans la tête de la personne :

[...] il n'existe pas un, mais plusieurs silences, car leurs tonalités peuvent être différentes : vide, pesante, tendue, excitante, mystérieuse, etc. Ces différents silences sont autant de « moments cognitifs ou pré-cognitifs » qui rythment les mots et sentiments venant à la conscience du sujet. Plus généralement, l'expérience cognitive du dépressif est faite de pensées, d'images mentales et de métacognitions anxieuses (Blatt, 2004, Wells, 2009). À cela s'ajoutent les émotions et les perceptions présentes, internes et externes, ressenties au moment de l'émergence de la cognition. Il s'agit d'une expérience complexe, faite dans l'instant, et qui se poursuit avec de nouveaux enchaînements, de nouvelles expériences de ce type. (Richard et Kramer, 2013 : 174).

Dans la thérapie d'orientation cognitive, le thérapeute se concentre sur le vécu présent de la personne en dépression. Il ne cherche pas tellement à analyser son état en le reliant à son passé en vue de mieux cerner la dynamique intrapsychique sous-jacente à sa souffrance, comme c'est le cas dans la thérapie d'orientation psychanalytique, mais plutôt à travailler ses pensées en vue d'améliorer son état de bien-être et

d'encourager son optimisme par rapport à lui-même, au monde qui l'entoure et à l'avenir.

Dans les prochaines sous-sections, nous présenterons des approches qui peuvent être regroupées sous la bannière « TCC », mais qui découlent tout de même de la théorie cognitive comme nous l'avons mentionné plus haut. Nous allons décrire celles qui sont plus importantes par rapport à l'intervention : la thérapie interpersonnelle (TIP), la thérapie basée sur la pleine conscience (*Mindfulness*), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ainsi que la thérapie des schémas (Garnoussi, 2011).

#### 1.4.3.1 La thérapie interpersonnelle (TIP)

La thérapie interpersonnelle (TIP) a été mise au point dans les années 1970 par Gerald Klerman, essentiellement pour traiter la dépression. Son usage s'étend maintenant à d'autres problématiques (Leblanc et Streit, 2008). Cette forme de thérapie s'inspire surtout de la théorie cognitive, de par son accent sur le court-terme, le caractère directif des séances ainsi que l'emploi d'outils d'évaluation. Mais elle s'inspire aussi, quoique dans une moindre mesure, du courant psychanalytique, notamment dans ses techniques d'exploration des affects du patient en vue de développer sa capacité d'introspection.

La TIP est un modèle d'intervention très détaillé, qui attache une importance toute particulière au rôle du soutien social comme facteur de protection contre la dépression (Leblanc et Streit, 2008). La thérapie interpersonnelle est de courte durée (12 à 16 semaines) et se concentre surtout sur les relations interpersonnelles actuelles de la personne déprimée. Elle a pour double objectif de modifier les symptômes dépressifs et d'aider la personne à effectuer des changements dans son

fonctionnement interpersonnel et social (Leblanc et Streit, 2008). Ces changements souhaités ont aussi une visée préventive à plus long terme, en aidant la personne à se protéger contre d'autres éventuels épisodes dépressifs. Un ou des thèmes, qui seront abordés pendant le traitement, sont choisis dès les premières séances par le thérapeute et le patient. Ces thèmes peuvent être par exemple le deuil pathologique, les conflits interpersonnels, les transitions de rôle difficiles ou encore les déficits interpersonnels. Six techniques d'intervention de base font partie du modèle qu'est la psychothérapie interpersonnelle : 1) les techniques exploratoires; 2) l'utilisation de l'affect; 3) la clarification; 4) l'analyse de la communication; 5) l'utilisation de la relation thérapeutique à des fins de modification des comportements et 6) l'analyse décisionnelle (Leblanc et Streit, 2008).

#### 1.4.3.2 La thérapie basée sur la pleine conscience (*Mindfulness*)

La pleine conscience peut être comparée à une forme de méditation qui existe depuis plus de 2500 ans et qui est née du bouddhisme. Ce n'est que depuis 25 ans environ qu'elle a commencé à être intégrée dans les pratiques psychothérapeutiques du monde occidental (Larouche, 2009). Elle est utilisée comme outil dans plusieurs types de thérapies et pour différentes problématiques, notamment dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, que nous décrivons dans la prochaine section. Récemment, un programme de traitement a été mis sur pied pour prévenir les rechutes de dépressions chez les patients en rémission; il s'agit de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, que l'on appelle en anglais *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (Segal, Williams & Taesdale, cités dans Larouche, 2009).

Nous avons mentionné sa ressemblance avec la méditation, mais qu'est-ce que la pleine conscience au juste? Elle peut être définie tout simplement comme « une



*manière particulière de porter attention aux expériences internes et externes : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur »* (Kabat-Zinn, cité dans Larouche, 2009 : 33). Cette définition est reflétée par les buts de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, qui sont « *d'enseigner aux participants à devenir plus conscients des sensations corporelles, des émotions et des pensées moment après moment et de les aider à développer une façon différente d'être en relation avec leur expérience (sensations, pensées, émotions)* » (Larouche, 2009 : 33). Celui que l'on considère comme étant le fondateur de l'approche *Mindfulness*, Jon Kabat-Zinn, est « *docteur en biologie moléculaire, professeur de médecine de l'université du Massachusetts* » et « *fondateur d'une clinique de réduction du stress en 1979* » (Garnoussi, 2011 : 266). Il est tout de même intéressant de noter que cet homme est un médecin et qu'il a eu un tel impact sur le développement d'une approche psychothérapeutique d'orientation cognitivo-comportementale :

Cette exploitation singulière de la ressource méditation interroge les logiques d'insertion du religieux dans le champ scientifique et plus précisément dans la nouvelle « médecine mentale » soutenue par les TCC. Elle renvoie au développement d'une sensibilité qui a pour ambition de proposer une approche plus globale de la santé et de la maladie que ne le permet initialement la psychologie cognitivo-comportementale : l'accent y est en particulier porté sur un travail avec et sur le corps, non seulement afin de contribuer au processus de guérison, mais aussi pour cultiver des dispositions mentales qu'une spiritualité intériorisée pourrait venir optimiser. (Garnoussi, 2011 : 260)

Dans cette forme de thérapie, il est aussi question du « mode faire » versus le « mode être ». Par le « mode faire », on entend que les individus ayant tendance à la dépression auraient pour réflexe de chercher à faire quelque chose pour éviter de ressentir leur souffrance. Cette manière de réagir aurait pour effet d'entraîner ces individus dans un cercle vicieux, puisque plus ils cherchent à éviter leur souffrance, plus ils deviendraient préoccupés par celle-ci, car ils la perçoivent négativement. La



thérapie basée sur la pleine conscience vise donc à amener ces individus à passer du « mode faire » au « mode être ». Dans le « mode être », à travers la pleine conscience, les individus sont amenés à accueillir avec bienveillance leurs expériences de souffrance et à ne pas les juger. Cette façon de ne pas réagir tout de suite à leur souffrance aiderait ces individus à faire des choix plus éclairés et plus adéquats, en fonction de leurs pensées, émotions et sensations désagréables (Larouche, 2009).

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression se déroule habituellement en groupe de 12 à 15 personnes et s'étale sur huit semaines, à raison de deux heures par semaine. Les interventions y sont structurées et il est exigé de la part des participants de pratiquer les exercices de pleine conscience, d'une durée de 45 minutes par jour, à au moins six reprises durant la semaine et ce, pendant les huit semaines que dure le traitement. Cet engagement qui est demandé aux participants est essentiel puisque la pleine conscience se développe par la pratique régulière. Il faut donc s'exercer souvent en dehors des séances de groupe. L'enseignement durant les séances consiste « *en des exercices de méditation assise, où l'individu porte attention à sa respiration, son corps, les sons ambiants et ses pensées, ainsi qu'à la marche méditative, le balayage corporel et des exercices d'étirement* » (Larouche, 2009 : 34).

#### 1.4.3.3 La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement, appelée en anglais *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), est basée sur des recherches expérimentales au sujet du langage et de la cognition ainsi qu'en analyse fonctionnelle du comportement humain. C'est le psychologue américain Steven C. Hayes et ses collègues qui ont d'abord proposé ce modèle thérapeutique il y a une vingtaine d'années. (Monestès, Villatte et Loas, 2009). Le cœur de l'ACT consiste à amener les personnes à prendre

une distance par rapport à leurs pensées et à en devenir plus conscientes. En d'autres mots, il s'agit de travailler avec les personnes ayant des problèmes d'anxiété ou de dépression afin de développer leur flexibilité psychologique et leur capacité de pleine conscience, tel que décrit dans la section précédente. Il s'agit de les aider non pas à enrayer leur souffrance mais bien à l'accepter, à l'accueillir et à apprendre à l'observer. Mais bien plus que cette distanciation bienveillante face à ses propres pensées, il s'agit ultimement de s'activer dans des comportements qui seront bénéfiques pour la personne.

La majorité des troubles psychologiques seraient causés par le fait que les individus cherchent à éviter les expériences désagréables, ou leur souffrance psychologique (Hayes et al., cités dans Monestès, Villatte et Loas, 2009). Parmi ces expériences désagréables, on compte les pensées et les émotions pénibles à ressentir. Plusieurs recherches ont permis de comprendre que le fait d'essayer de supprimer ses pensées provoque un effet de rebond :

L'apprentissage est un mécanisme cumulatif. Plus le temps consacré à une émotion ou une pensée est important – même si c'est pour tenter de la faire disparaître –, plus cette pensée ou cette émotion sera disponible; on obtient ainsi l'effet inverse de celui recherché. C'est cet effet rebond qui a été mis en évidence; efforcez-vous de ne pas penser ou ressentir, vous penserez ou ressentirez davantage. (Monestès, Villatte et Loas, 2009 : 31)

Par rapport au langage, plusieurs recherches fondamentales ont permis d'identifier deux caractéristiques du comportement langagier chez l'humain : une « insensibilité aux contingences » lorsque le comportement est guidé par des règles verbales, d'une part, et la capacité du langage de relier, sans apprentissage spécifique, des événements à certains mots qui seront porteurs de nouvelles significations, d'autre part (c'est ce qu'on appelle la fusion). Ainsi, lorsqu'une personne se comporte en fonction de certaines règles verbales, elle peut être moins consciente des

conséquences de son comportement et ne pourra pas s'ajuster de manière adaptée à son environnement. C'est dans ce sens que Monestès, Villatte et Loas parlent d'une « insensibilité aux contingences ». Par rapport à la capacité du langage de relier entre eux mots et événements dont les caractéristiques ne sont pas nécessairement communes, les auteurs expliquent et illustrent ce principe comme suit :

Les mots qui constituent la pensée peuvent donc être aussi désagréables que l'exposition à l'événement qu'ils évoquent. Mais s'il est possible à une personne souffrant d'agoraphobie d'éviter les espaces publics, il semble, en revanche, que la pensée échappe à ce type de contrôle. En effet, parce que les stimuli qui composent l'environnement physique et verbal peuvent être reliés dans d'innombrables directions et de façons très variées, un mot ne peut jamais être totalement « mis de côté ». Par exemple, en essayant de penser aux vacances à venir pour se détendre, le stress associé au travail peut être déclenché parce qu'il est en relation d'opposition avec les vacances. La recherche de contrôle de la pensée pour ne pas ressentir d'émotions désagréables apparaît alors vouée à l'échec. (Monestès, Villatte et Loas, 2009 : 32)

Alors comment aider les individus souffrant de dépression à se sentir mieux, si leur pensée est composée de mots qui leur rappellent des émotions douloureuses et si il est vain d'essayer d'avoir un contrôle sur ces pensées? La thérapie d'acceptation et d'engagement offre un modèle thérapeutique qui se déploie selon six axes (Monestès, Villatte et Loas, 2009). Nous les avons reformulés en nos mots afin de faciliter ici leur présentation :

- 1) Effectuer une démarche d'acceptation de ses pensées, émotions, souvenirs et perceptions, qui vont à contre-courant de la tendance à les éviter ou à lutter pour tenter de les enrayer.
- 2) Faire un travail de dé-fusion entre les mots contenus dans les événements psychiques (pensées, émotions, souvenirs et perceptions) et le réel; il s'agit d'effectuer un travail de démystification des liaisons arbitraires entre mots et événements passés, qui sont redoutés simplement par leur évocation verbale.



- 3) Développer une conception de soi comme contexte : « *En avançant dans cette conception de soi comme « théâtre » des événements psychologiques, il est possible de développer un positionnement plus « flexible » par rapport aux émotions et pensées désagréables, notamment en parvenant [...] à ne pas y réagir systématiquement* » (p. 32).
- 4) Prendre contact avec le moment présent : c'est ici que les techniques de pleine conscience entrent en jeu. Il s'agit de s'entraîner à parler moins en quelque sorte, et à se concentrer davantage sur son vécu : « *Cela permet de se remettre directement en contact avec les conséquences de ses comportements, quand le verbal crée, a contrario, une insensibilité à ces conséquences* » (p. 32).
- 5) Mettre en évidence ses valeurs en aidant la personne à identifier quelles grandes directions elle souhaite donner à sa vie. En agissant dans le sens de ses valeurs, la personne se trouve à être ainsi renforcée. « *Mais surtout, la mise en lumière des valeurs permet d'augmenter l'influence des conséquences qui apparaîtront à long terme, et de minimiser celles qui apparaissent à court terme et qui sont souvent à l'origine des évitements* » (p. 32).
- 6) S'engager dans l'action : il est important que la personne s'engage le plus rapidement possible dans l'action, une fois ses valeurs bien identifiées. Cela lui permettra de développer des comportements qui seront en harmonie avec ses valeurs et de passer par-dessus les désagréments causés par les événements psychologiques (pensées, émotions, souvenirs et perceptions).

En utilisant le vécu de la personne ainsi que des métaphores, le thérapeute l'amène à travailler en fonction de ces six axes. La parole constitue bien entendu le moyen principal de cette forme de psychothérapie, tout comme bien d'autres psychothérapies par ailleurs. Mais l'idée est toujours de garder en tête que l'objectif ultime de l'ACT est de diminuer l'influence du langage sur le comportement de la personne. Ce faisant, elle sera amenée à être exposée davantage aux conséquences de ses comportements, en posant des gestes qui seront en consonance avec ses valeurs. Puis, elle apprendra à accepter son vécu tel qu'il est, puisque « *toute émotion est intéressante à vivre* », selon l'hypothèse de la philosophie ACT (Monestès, Villatte et Loas, 2009 : 33). Le livre *Faire face à la souffrance* de Benjamin Schoendorff (2009)



est un ouvrage riche en outils pouvant accompagner les personnes dans leur cheminement à l'extérieur des séances de thérapie. Il y a aussi un site internet dédié à ce livre<sup>2</sup>, avec des exercices audio et des exercices téléchargeables.

#### 1.4.3.4 La thérapie des schémas

La thérapie des schémas est une approche intégrative qui se base surtout sur la théorie cognitivo-comportementale, mais qui s'inspire aussi de la théorie de l'attachement, des techniques gestaltistes ainsi que des neurosciences (Cousineau, 2010). D'autres auteurs mentionnent également la théorie psychanalytique ainsi que de l'approche existentielle-humaniste comme inspirant aussi la thérapie des schémas (Jobin et Sévigny, s.d.)<sup>3</sup>. La thérapie des schémas a été développée par Jeffrey Young au milieu des années 1980, pour traiter les personnes ayant un trouble de personnalité limite. Aujourd'hui, cette approche thérapeutique est utilisée et étudiée à travers le monde, à un point tel qu'il existe depuis 2008 un site internet dédié à la *International Society of Schema Therapy*<sup>4</sup>. L'application de cette approche s'étend maintenant à plusieurs types de problèmes, notamment la dépression. Cette approche peut être utilisée en intervention individuelle comme en intervention de groupe.

Le schéma, concept au cœur de cette approche, se définit comme « *une mémoire constituée de sensations corporelles, d'émotions, de cognitions, de tendances à l'action et de souvenirs narratifs, ou du moins de narrations attribuées à notre histoire.* » (Cousineau, 2010 : 33). Les schémas peuvent être réactivés dans certaines

---

<sup>2</sup> <http://fairefacealasouffrance.com/>

<sup>3</sup> Il s'agit d'un article en ligne, sans date ni numéros de pages, qui a été consulté à l'adresse suivante : [http://www.jobinsevigny.ca/articles\\_t.php?id=36](http://www.jobinsevigny.ca/articles_t.php?id=36)

<sup>4</sup> Voir le site : <http://www.isstonline.com>

situations. La réactivation des schémas constituerait une expérience désagréable, face à laquelle nous pouvons soit fuir, figer ou lutter (Cousineau, 2010).

Young a identifié 18 schémas problématiques, qu'il a nommés « Schémas Précoces Inadaptés » (SPI). Ceux-ci auraient été formés durant l'enfance et/ou l'adolescence, suite à des expériences nocives qui nuisaient aux réponses adaptées aux besoins fondamentaux. Il est intéressant de noter que le fait de répondre excessivement aux besoins de l'enfant peut avoir des répercussions tout aussi néfastes que le fait de ne pas y répondre, notamment sur le plan du développement de son autonomie et de son sentiment de compétence. Ces schémas problématiques continueraient à influencer la personne une fois adulte :

En fait, la personne adulte qui fait l'expérience de l'activation d'un de ses schémas vit cette expérience émotionnelle d'une façon semblable à ce qu'elle a vécu lors de l'élaboration de son schéma. Il est question ici de continuité cognitive, de vision stable de soi-même et du monde, même si celle-ci est en fait imprécise ou erronée (Jobin et Sévigny, s.d.).

Les 18 SPI ont été divisés en cinq grande catégories, qui correspondent aux besoins affectifs non-comblés (Jobin et Sévigny, s.d.) :

- A. Domaine de la séparation et du rejet
- B. Domaine de l'autonomie et des performances altérées
- C. Domaine des limites déficientes
- D. Domaine de la centration sur autrui
- E. Domaine de la vigilance à outrance et de l'inhibition

Dans le domaine de la séparation et du rejet, on retrouve cinq schémas : abandon/instabilité, méfiance/abus, carence affective, imperfection/honte ainsi qu'exclusion. Dans le domaine de l'autonomie et des performances altérées, on retrouve quatre schémas : dépendance/incompétence, vulnérabilité (peur du danger ou

de la maladie), fusion/soi peu développé ainsi qu'échec. Ensuite, dans le domaine des limites déficientes, on retrouve deux schémas : droits personnels exagérés/grandeur (tout m'est dû) et discipline personnelle et maîtrise de soi insuffisantes. Dans le quatrième domaine, celui de la centration sur autrui, on retrouve trois schémas : assujettissement, sacrifice de soi et recherche d'approbation. Enfin, dans le dernier domaine, celui de la vigilance à outrance et de l'inhibition, on retrouve les quatre schémas suivants : négativisme/pessimisme, inhibition émotionnelle, exigences élevées et punition.

Young a nommé des « modes de schémas » pour définir « *l'état subjectif qui domine l'espace psychologique d'un individu dans l'ici et maintenant* » (Cousineau, 2010 : 33). Les modes de schémas dysfonctionnels comprennent : « mode Enfant Vulnérable » (figer), « mode Protecteur Détaché » (fuir) ainsi que « mode Compensateur » (lutter). Les deux modes de schémas fonctionnels sont : « mode Enfant Heureux » et « mode Adulte Sain ». La thérapie des schémas vise donc à favoriser le développement de ces deux derniers modes qui sont fonctionnels, « *en favorisant un équilibre optimal entre les besoins psychologiques fondamentaux de la personne et la possibilité d'y trouver des réponses dans la réalité* » (p. 33). Les besoins psychologiques fondamentaux sont : l'attachement et l'acceptation, l'autonomie et la maîtrise, les limites et l'autocontrôle ainsi que l'actualisation personnelle basée sur ses intérêts. Par rapport à la satisfaction des besoins psychologiques, Cousineau (2010) mentionne que : « *Les réponses à ces besoins reposent en général sur deux dimensions : la personne perçoit ceux-ci comme étant légitimes et elle a développé des stratégies fonctionnelles pour y répondre, c'est le mode Adulte Sain* » (p. 33).

Afin de favoriser le développement du mode Adulte Sain, Young croit qu'il faut intervenir simultanément sur quatre plans : le cognitif, le comportemental, l'expérientiel ainsi que la relation thérapeutique (Cousineau, 2010). Au niveau

cognitif, il s'agit de recadrer le schéma en amenant la personne à adopter une distance par rapport à celui-ci et à lui faire prendre conscience que le fait qu'elle le ressente comme étant vrai n'assure pas nécessairement qu'il soit fondé dans la réalité. Au niveau comportemental, *« l'objectif est d'arriver à un comportement différent de ceux que le schéma tend à nous faire adopter de façon automatique; comportements qui, par le passé, se sont révélés être à notre désavantage »* (p. 34). Ainsi, la personne est encouragée à passer à l'action peu importe les sentiments qu'elle ressent et qui sont associés au schéma. Si le comportement encouragé est nouveau pour la personne, le thérapeute lui suggère certains apprentissages préalables. Ensuite, au niveau expérientiel, le thérapeute accompagne la personne dans la reviviscence de scènes de son passé, ayant contribué à la formation de son schéma. Alors qu'au niveau cognitif, la personne est amenée à se distancier de son schéma, ici, au niveau expérientiel, elle est amenée à le regarder de plus près dans le but de modifier les sentiments ou les interprétations qui ont été mémorisés et qui ont contribué à sa formation. Comme la personne a des stratégies souvent inefficaces pour répondre à ses besoins, *« L'idée est de favoriser l'établissement d'un sentiment de légitimité personnelle qui servira d'ancrage à des actions pour répondre à ses besoins fondamentaux et à ses valeurs »* (p. 34). Enfin, au niveau relationnel, Young parle de « reparentage limité » pour désigner cette opportunité que peuvent avoir les personnes de ressentir de nouveaux sentiments avec leur thérapeute, qui pourront aider à modifier les perceptions de leurs expériences négatives. Le « reparentage limité » est décrit comme suit par Cousineau (2010) :

L'investissement affectif du thérapeute en faveur de l'Enfant Vulnérable (mode métaphore pour cette mémoire de ce qui a manqué ou blessé durant la petite enfance principalement) devient une occasion d'expérience correctrice, une nouvelle mémoire qui servira de contrepoids éventuel aux mémoires d'abandon, de négligence, d'abus, etc. (p. 34)



La thérapie des schémas est donc une approche très détaillée, qui est difficile à résumer en quelques lignes. Pour plus d'informations, le lecteur intéressé pourra se référer au site internet de Luc Sévigny et Josée Jobin<sup>5</sup>, psychologues spécialisés en thérapie des schémas. Ce site présente plusieurs informations au sujet notamment du livre récemment écrit par Young (2003) qui constitue un guide du praticien. Pour chaque schéma y sont proposées des stratégies d'intervention spécifiques. Il y a également des informations au sujet du premier livre de Young (1995), *Reinventing your life* (Je réinvente ma vie), qui est destiné aux personnes qui veulent travailler sur leurs schémas. Il s'agit donc d'un outil intéressant à suggérer aux personnes souffrant de dépression, qui sont prêtes à s'investir chez elles pour améliorer leur état psychologique.

#### 1.4.4 La théorie psychanalytique pour comprendre la dépression et intervenir

Beaucoup d'écrits psychanalytiques existent au sujet de la dépression. On la définit surtout en termes de mécanismes de défense, plutôt qu'en termes pathologiques :

Dans la pensée empreinte de psychanalyse, un changement de signification est sans doute inévitablement et insidieusement intervenu, non seulement dans le concept de symptômes, mais aussi dans celui de dépression. Bien que la dépression soit encore la désignation diagnostique d'une psychose, elle désigne principalement un ensemble défini de mécanismes. Nous connaissons tous bien ces mécanismes qui comprennent l'agressivité rentrée, l'identification, la tension entre moi et surmoi, la régression narcissique et orale. Dans notre pensée, nous entendons maintenant par « dépression » cet ensemble de mécanismes plutôt qu'un processus pathologique; le concept métapsychologique a largement remplacé le concept diagnostique-psychiatrique. (Lewin, 2004 : 1074)

---

<sup>5</sup> <http://www.jobinsevigny.ca/>

Selon Ambresin et al. (2009), la dépression serait un « travail de métabolisation psychique ». Gédance (2007) pour sa part souligne le fait que le manque de plaisir à vivre serait commun à toutes les dépressions. Bauer affirme que la dépression masque souvent la rage : « ... *c'est peut-être une façon de l'enfouir. Si la dépression est assumée, comprise, elle permet alors d'identifier ses sentiments; si, au contraire, elle est escamotée, c'est partie remise.* » (Bauer cité dans Lebrun, 1996 : 38)

La psychanalyse souligne également l'absence ou la pauvreté du langage chez les gens en dépression. Le langage étant le support symbolique de l'existence (Fédida, 2001), l'impossibilité ou la difficulté de se dire chez les individus déprimés constituerait donc un obstacle à la prise de conscience de leurs conflits intérieurs. Le deuil pathologique est également mentionné comme étant une cause possible de la dépression, puisqu'il serait difficile pour l'individu de se détacher de l'objet tant aimé, mais à la fois si détesté en raison de sa disparition considérée symboliquement comme un abandon (Didier, 2005). Nous discuterons plus amplement de cette problématique du deuil un peu plus loin.

Dans les prochaines sous-sections, nous présenterons six concepts importants de la théorie psychanalytique en lien avec la dépression : les liens primaires et la formation de l'objet transitionnel, la théorie de l'attachement, la construction du psychisme, les trois instances du psychisme, la perte de l'objet ainsi que le narcissisme et la fonction objectale. Ensuite, nous conclurons cette partie portant sur la psychanalyse par une dernière sous-section, portant sur le travail psychanalytique et la cure psychanalytique. Nous verrons en quoi les deux sont différents et expliquerons pourquoi ils visent des problématiques distinctes.

#### 1.4.4.1 Les liens primaires et leur rôle dans la dépression

Gédance (2007) affirme que la satisfaction insuffisante des besoins de l'infans par la mère contribuerait grandement à faire « le lit » de la dépression chez l'adulte :

Les personnes qui souffrent de dépression ont souvent tendance à prévoir le futur en fonction de ce qu'elles ont vécu dans le passé, elles se défendent ainsi d'un inconnu, inquiétant pour beaucoup, elles se protègent aussi de la désillusion que causerait un espoir à nouveau déçu, pire, paradoxalement, que de ne pas espérer du tout, état d'humeur auquel elles sont habituées. Quelque chose d'une non-rencontre entre les besoins très précoces du patient et la réponse de son entourage pouvant avoir contribué à sa dépression, une sorte de remise en chantier de ce vécu est nécessaire à un possible changement. (p. 229)

Gédance mentionne également que le patient doit en quelque sorte revivre avec son thérapeute une sorte de relation parent-enfant, afin de réparer les torts qui auraient été causés lorsqu'il était enfant et que ses besoins étaient négligés. Nous verrons plus loin comment le travail psychanalytique peut aider la personne, une fois adulte, à retravailler ces aspects qui ont fait défaut dans son développement. Le psychanalyste aura donc en quelque sorte à rejouer le rôle du parent qui a jadis été dysfonctionnel, mais en ayant bien entendu une attitude bienveillante, visant la réparation : *« Autrement dit l'analyste va avoir à travailler et à vivre dans sa relation avec le patient, pour qu'il y ait changement, ces aspects précoces traumatiques qui ont partiellement empêché le développement de ce fonctionnement chez celui-ci. »* (Gédance, 2007 : 226)

C'est à Winnicott que l'on doit la théorisation au sujet de la notion de dépendance infantile au début de la vie (Bertrand, 2004). En 1963, il élaborait son concept d'objet transitionnel. Gédance (2007) le décrit comme suit :



[...] une relation suffisamment proche et à l'écoute de son bébé, sensible à ses besoins et empreinte de tendresse permet la construction de ce qu'il a nommé un objet transitionnel qui n'est ni la mère ni l'enfant en étant les deux à la fois, cela peut prendre la forme d'un animal de peluche, d'un coin de drap par exemple, dont l'enfant ne peut supporter d'être séparé. Cet objet deviendra ensuite, par un mouvement d'intériorisation symbolisant, un espace transitionnel entre l'enfant et la mère, qui va devenir aire d'illusion. Celle-ci donnera lieu à la capacité de jouer, la créativité, permettra de supporter, sans se défaire dans un marasme, les absences de durée raisonnable de la mère (ou d'un substitut bien investi). Elle permettra ainsi un certain développement du psychisme qui est à la base d'une solidité de fond protectrice d'une future dépression potentiellement grave. (p. 226)

L'objet transitionnel aurait normalement deux fonctions : « ...il protège le sujet contre les angoisses de séparation, et il préfigure les objets substitutifs que seront les objets culturels. » (Bertrand, 2004 : 1090). Winnicott parle de « pathologie du transitionnel », pour désigner cet échec dans l'établissement de l'objet transitionnel (Bertrand, 2004). À cela, Bertrand ajoute que « Dans la dépendance, l'objet transitionnel n'a pu jouer son rôle que de manière imparfaite, en gardant la seule fonction originelle de préserver le sujet des angoisses de séparation. » (p. 1090). On comprend donc que le rôle de l'objet transitionnel serait de supporter l'enfant vers une plus grande autonomie émotionnelle. Mais cela ne se fait pas sans une certaine souffrance : « L'idée serait que cela doit être assez bon, donc nécessairement frustrant, mais dans des limites qui ne deviennent pas excessives pour les capacités psychiques encore si embryonnaires de l'infans. » (Gédance, 2007 : 226).

Maintenant que nous avons fait un survol du concept d'objet transitionnel, continuons notre exploration de la théorie psychanalytique en nous penchant sur la théorie de l'attachement ainsi que les styles d'attachement.



#### 1.4.4.2 Les styles d'attachement et leur rôle dans la dépression

La théorie de l'attachement, développée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby, a permis de mieux comprendre à quel point l'enfant a besoin, pour sa sécurité et son développement, de liens d'attachement de qualité avec ses parents ou avec un adulte significatif pour lui. L'attachement peut être défini ainsi : « [...] *un comportement primaire, actif dès la naissance, capable de lier l'enfant à sa mère, et ce, par la mise en place de modèles internes opérants jouant un rôle principal de régulation du sentiment de sécurité.* » (Zaghdoudi, El Moubarkim, Halayem, Ben Bechir et Labbane, 2009 : 658).

Le sentiment de sécurité et de protection dont l'enfant a besoin a été comparé par Bowlby au comportement des animaux :

(il) a élaboré la théorie de l'attachement faisant appel à l'éthologie (science du comportement animal) et à la théorie de l'évolution des espèces, selon lesquelles la proximité à l'égard de la mère chez les animaux était une condition de survie assurant la protection des petits contre les prédateurs. (Jeliu, 2004 : 84)

L'attachement se développerait donc très tôt durant l'enfance, de même que les styles d'attachement. Ces styles d'attachement seraient soit sains ou malsains, dépendamment de la réponse plus ou moins adéquate que l'adulte a donné aux besoins de sécurité, de réconfort et de stabilité émotionnelle de l'enfant (Slade, cité dans Bettmann, 2006). C'est ainsi que l'enfant internaliserait ses premières expériences d'attachement et la qualité de celles-ci pourrait influencer le rapport qu'il aura par la suite avec les autres à l'âge adulte. Par exemple, si enfant il a été habitué à s'occuper de lui-même et que son parent l'a négligé, il pourrait développer un style d'attachement dit « insécure ». Une fois adulte, il pourrait avoir du mal à faire

confiance aux autres et risquerait d'avoir tendance à s'isoler, ne parvenant pas à avoir des relations satisfaisantes et durables avec son entourage. Ayant internalisé le fait que l'autre ne répond jamais à ses besoins, il pourrait avoir perdu espoir en la possibilité que cela arrive. Des symptômes d'anxiété, de dépression et de colère pourraient donc s'installer chez cet individu, causés par des relations personnelles dysfonctionnelles et discontinues (Sable, cité dans Bettmann, 2006).

Parmi les auteurs que nous avons consultés, nous remarquons que les styles d'attachement sont nommés, définis et classés différemment d'un auteur à l'autre. Mais en général, on remarque que la plupart font référence à deux grands styles généraux d'attachement, qu'ils nomment « sécurisée » (ou « sécurisé ») et « insécurisée » (ou « insécurisé »). En voici une définition :

On distinguera l'*attachement sécurisé* qui se développe sur le versant de la confiance et de la sécurité qu'éprouve le jeune nourrisson dont les besoins sont comblés dans une interaction réussie - que Daniel Stern a qualifié « d'accordage ». Dans ces cas, le nourrisson et le jeune enfant se sentent en confiance parce qu'ils peuvent compter sur leur parent en situations de peur, de détresse ou de besoin physiologique. [...] L'*attachement insécurisé*, fruit d'une interaction non accordée, du fait d'une mère peu sensible aux signaux du bébé, rejetante, absente ou inconsistante. À l'intérieur de cette catégorie, on retiendra les types d'attachement *ambivalent-résistant* et *évitant*. Dans ces cas, l'enfant ou le nourrisson adopte un comportement d'indifférence apparente au retour de la mère ou, au contraire, il s'« accrochera » à elle tout en restant inconsolable. (Jeliu, 2004 : 84)

D'autres auteurs parlent plutôt de quatre différents styles d'attachement, qu'ils décrivent comme suit :

Ainsi, Bartholomew et Horowitz (1991) établissent les modèles de relations sociales adultes qui distinguent quatre styles d'attachement selon que les modèles de soi et des autres sont positifs ou négatifs, distinguant les sujets

« sécures » (qui ont un modèle de soi et des autres positif), les sujets « détachés » (qui ont un modèle de soi positif mais un modèle des autres négatif), les sujets « préoccupés » (qui ont un modèle de soi négatif et un modèle des autres positif) et enfin les sujets « désorganisés » (qui ont un modèle de soi et des autres négatif) : « sécure », détaché, préoccupé et désorganisé. (Zaghdoudi, El Moubarkim, Halayem, Ben Bechir et Labbane, 2009 : 658)

Nous savons que les personnes souffrant de dépression vivent souvent des sentiments d'anxiété, de désespoir, de dévalorisation personnelle et de repli sur soi. Nous pouvons penser que leurs relations à eux-mêmes et aux autres en seront affectées. Dans le cadre d'une étude qu'ils ont menée en Tunisie au sujet de la relation entre les styles d'attachement et la dépression, Zaghdoudi et al. (2009) ont fait une revue de la littérature qui a permis de mettre en lumière l'existence d'un lien entre le style d'attachement « insécure » et la dépression :

Plusieurs autres études rattachent les styles « insécures » à la dépression (Murphy et Bates, 1997; Bifulco et al, 2003). Ces styles seraient à l'origine d'une faible estime de soi (Simpson, 1990; Roberts et al, 1996; Schroevers et al, 2003), de difficultés dans les relations interpersonnelles, de la création d'événements de vie stressants (West et al, 1999; Eng et al, 2001; Reis et al, 2004; Bottonari et al, 2007), intervenant ainsi dans le déclenchement et l'entretien de la maladie dépressive. (p. 660)

Ces auteurs mentionnent des résultats d'études ayant établi un lien causal entre les difficultés engendrées par les styles d'attachement dits « insécures » et la dépression. Nous nous questionnons à savoir si au lieu d'être antécédentes à la dépression, ces difficultés personnelles et interpersonnelles ne seraient pas plutôt engendrées par la dépression? En fait, ils n'ont pas indiqué comment, dans les études auxquelles ils réfèrent, avaient été évalués les styles d'attachement des personnes en dépression et comment les liens causals entre ceux-ci et la dépression avaient été établis. Il serait probable que les personnes en dépression, fragilisées par leur état, aient des



symptômes typiques d'un style d'attachement insécure, sans pour autant s'être développées au cours de leur enfance en fonction de ce style d'attachement et sans pour autant non plus souffrir de dépression en raison d'un style d'attachement malsain. Il semble donc difficile de pouvoir identifier avec certitude le style d'attachement d'une personne, ainsi que les causes et les conséquences de celui-ci.

Pour faciliter l'établissement d'hypothèses au sujet des styles d'attachement, il existe un outil d'évaluation appelé Questionnaire des styles d'attachement (QSA), qui est la version française du *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) développé par Feeney et al en 1994 (Paquette, Bigras et Parent, 2001). Ce questionnaire permettrait de dresser un portrait de la qualité des relations de la personne :

En somme, le QSA mesurerait non pas la sociabilité d'une personne (c'est-à-dire sa capacité à interagir positivement avec les autres) mais plutôt un genre d'attitudes sociales liées à la capacité ou non de la personne à établir et à maintenir avec les autres des contacts sociaux intimes qui soient satisfaisants (ni trop envahissants, ni trop fuyants). (Paquette, Bigras et Parent, 2001 : 94)

Bien que la théorie nous enseigne qu'il est possible de formuler des hypothèses au sujet du style d'attachement qu'une personne aurait développé durant son enfance, et que ce style aurait une influence sur ses relations à l'âge adulte, le style d'attachement n'est pas un fait immuable :

Il est fort probable que l'attachement développé durant la jeune enfance influence la personnalité de l'individu à long terme, tout particulièrement la confiance qu'il a en lui-même et dans les autres, et donc son implication dans les relations sociales. En fait, il semble exister une continuité du modèle de l'attachement entre l'enfance et l'âge adulte (Rothbard et Shaver, 1994; Stein, Jacobs, Ferguson, Allen, et Fonagy, 1998). Nous connaissons toutefois peu l'évolution de l'attachement au cours de la vie des individus, c'est-à-dire comment l'attachement se modifie en réponse aux défis développementaux propres à chaque période ontogénétique. Bowlby (1969) avait d'ailleurs

suggéré que les relations d'attachement pouvaient changer au cours de la vie adulte en fonction des nouvelles expériences émotionnelles, et aussi par le biais de réinterprétations des expériences passées et présentes. (Paquette, Bigras et Parent, 2001 : 88)

Ainsi, en expérimentant de nouvelles expériences positives ou en travaillant avec un thérapeute par exemple, l'individu pourrait parvenir à modifier son style d'attachement. La théorie de l'attachement peut donc être utile aux travailleurs sociaux dans la compréhension de la dépression et dans l'intervention sur celle-ci. À ce sujet, dans un article paru en 2006 dans la revue *Clinical Social Work Journal*, on pouvait y lire que :

Attachment theory has significant ramifications for clinical social work with adults. These days, the understanding of attachment in mental health settings is complex and ever-evolving (Rutter, 1995). However, a solid understanding of a client's attachments drives treatment in more productive ways. For example, a clinician who understands the attachment style of the client he or she is working with, as well as the resiliency and risks of that attachment style, is better prepared to provide sensitive, appropriate treatment. (Bettmann, 2006: 531).

Comme mentionné dans la section précédente portant sur la formation de l'objet transitionnel, ici aussi le thérapeute aurait à rejouer en quelque sorte le rôle du parent ayant jadis été inadéquat, en visant à aider la personne adulte à développer ce que Holmes (cité dans Bettmann, 2006) qualifie de capacité d'intimité et d'autonomie :

Holmes conceives of therapy as replaying early processes of intimacy and autonomy and thus healing adults' early experiences with caregivers. He continues, "The aims of therapy are to provide an environment that fosters attunement, is secure enough to cope with relevant protest and therefore, where new meanings...can arise". (p. 49).

On peut penser que de rejouer le rôle d'une figure parentale (nouvel objet transitionnel suffisamment bon) en vue d'aider une personne à développer des sentiments de sécurité est un processus qui doit s'inscrire dans une longue thérapie. Mais l'approche orientée par la théorie de l'attachement pourrait même être utile dans le cadre de traitements relativement brefs. Dans un article au sujet du traitement de la dépression à l'aide de la théorie de l'attachement, Bettmann (2006) y décrit le cas d'un homme qu'elle a traité pendant 28 séances. Cet homme avait un style d'attachement soi-disant anxieux (attachement de style préoccupé), que la thérapeute a identifié notamment à travers le récit de son histoire, ses propos et son non-verbal (il faisait de longues pauses entre ses phrases, il ne terminait pas certaines phrases, il parlait très lentement, etc). Ce que cet homme disait au fond, c'est qu'il n'avait plus espoir de pouvoir créer des relations saines et nourrissantes dans sa vie, se percevant lui-même comme inadéquat à le faire. Cet homme disait très bien comprendre sur le plan intellectuel qu'il devait prendre des risques et réapprendre à se faire confiance ainsi qu'aux autres, mais en même temps il disait ne pas en être capable sur le plan émotionnel. Grâce à la présence fiable, chaleureuse et bienveillante de la thérapeute, mais aussi grâce à son engagement dans sa propre démarche, cet homme aurait graduellement développé une nouvelle façon de se voir et de voir les choses et ses symptômes dépressifs auraient grandement diminué.

Nous venons de voir en quoi la théorie de l'attachement peut être utile pour émettre des hypothèses au sujet des styles d'attachement sous-tendant la dépression d'une personne, ainsi que pour intervenir d'une manière qui soit plus vigilante et sensible à ses difficultés relationnelles que celles-ci soient passées, présentes ou potentiellement présentes. Regardons maintenant en quoi la réaction à la perte d'un objet peut être une autre notion pertinente pour aider à comprendre la dynamique dépressive d'une personne.



#### 1.4.4.3 La perte de l'objet : deuil et réaction dépressive

Selon Ambresin et al. (2009), la réaction face à la perte d'un objet et la manière de traiter cette perte seraient centrales dans toutes les dépressions. Ils expliquent qu'en fait, dans la dépression, le travail de perte, ou si on préfère le deuil, ne se ferait pas; la haine contre l'objet nous ayant abandonné étant tournée contre nous-même, le risque de suicide pourrait ainsi apparaître et devenir grand. Cet objet, dont il est question, pourrait être autant un individu décédé qu'une position professionnelle perdue, par exemple. Ambresin et al. croient également que la structure de personnalité serait une hypothèse intéressante pour expliquer la réaction à la perte d'un objet aimé dans la dépression :

Si, comme nous l'avons dit plus haut, la plupart des dépressions trouvent leur essence dans une problématique de perte – affrontement à une perte et manière de la traiter – on peut aisément admettre que cette problématique est susceptible d'atteindre le moi de manières différentes selon ce qu'elle touche. D'autre part, les moyens utilisés pour lutter contre ou au contraire intégrer cette problématique et ses effets, sont déterminés par des modalités de fonctionnement psychique spécifiques de chaque individu. Dans ce contexte, l'hypothèse de structure de personnalité est un outil précieux pour la formulation d'une hypothèse de la dynamique centrale de la dépression. (Ambresin et al., 2009 : 79)

Pour Gédance (2007), le maintien des liens à l'objet primaire serait essentiel à la possibilité de s'accorder de la valeur. Cette auteure mentionne que l'importance de maintenir ces liens, même si ceux-ci sont inadéquats, serait plus forte que la recherche du plaisir et l'évitement du déplaisir. La souffrance que peuvent engendrer ces liens peut se traduire notamment en déceptions, en frustrations intenses et en sentiments d'abandon et de rage. Dans la même veine qu'Ambresin et al., Gédance affirme que le travail de perte ne se ferait pas dans la dépression; en fait, les liens à l'objet qui sont maintenus dans la psyché indiqueraient qu'aucun processus de deuil

n'est en cours, puisque la personne ne renonce pas à son objet de prédilection. Autrement, selon Gédance, le sujet ne se sentirait plus rien, il perdrait son sentiment de valoir quelque chose : « *Ses liens prennent la place de son moi en quelque sorte.* » (p. 225).

Une autre auteure s'entend avec Gédance sur le fait que renoncer à un objet aimé peut être pénible, particulièrement lorsque la personne souffre de dépression et ce, même si plusieurs des symptômes restent invisibles :

La dépression s'avance souvent masquée. Un symptôme vient en cacher un autre. Et cela est d'autant plus vrai que cette dépression se lit moins comme la perte d'un objet que comme une perte au niveau du moi. [...] L'énergie que dépense un sujet à ne pas se séparer de son objet d'élection est à la mesure du vide intérieur que laisserait la perte de cet objet, ou de la blessure hémorragique qu'elle ouvrirait dans un moi peu assuré de sa consistance. (Bertrand, 2004 : 1087)

En se référant à Freud, Bertrand (2004) explique en quoi il existe une espèce de colmatage entre l'objet et le moi de la personne qui s'obstine à maintenir des liens avec celui-ci :

Dans « Deuil et mélancolie », Freud décrit ainsi le deuil pathologique : la libido s'est retirée dans le moi, par identification du moi à l'autre. Ainsi, l'ombre de l'objet est tombée sur le moi, la perte de l'objet devient la perte du moi, et au lieu d'un conflit avec la personne aimée il y a un clivage entre une partie du moi qui s'est identifiée à l'autre et une autre partie qui se transforme en instance critique, se retourne contre lui pour le juger impitoyablement et le condamner. (p. 1089)

C'est comme si la personne en viendrait à confondre son propre moi avec cet objet auquel elle refuse de renoncer. La réaction à la perte de l'objet peut donc être très

souffrante et amener la personne à vivre un état de dépression qui peut devenir grave, si le travail de deuil ne se fait pas.

Regardons maintenant dans la prochaine section en quoi les émotions sont importantes dans la construction de la capacité de penser de l'individu et les rôles qu'elles jouent dans la dépression.

#### 1.4.4.4 Construction du psychisme : affects et processus de pensée dans la dépression

Le psychanalyste Wilfred Bion s'intéressa à la construction du psychisme et particulièrement à celle de la pensée qu'il nomma « appareil à penser les pensées ». Il s'agirait d'une capacité de l'enfant à tolérer progressivement les frustrations :

Cette capacité éviterait que la réaction aux frustrations se manifeste sous la forme d'une évacuation des sensations pénibles et des embryons de pensées qui essaieraient de traiter ces sensations pénibles, vidant la psyché au lieu de la construire. Elle permettrait que ces sensations deviennent perceptions et se transforment en affects, certes douloureux, mais pouvant être mis en forme, plus tard nommés, et en pensées. (Gédance, 2007 : 227)

Une pauvreté de la pensée et un manque de tolérance aux frustrations se manifesteraient par un état d'apathie chez la personne déprimée. Derrière cet état d'apathie, se cacherait souvent un sentiment d'impuissance par rapport au déploiement de la pensée et à la recherche du plaisir :

Dans les dépressions graves, en effet, les personnes souffrent et se plaignent souvent de cet appauvrissement ou d'une pauvreté de leurs affects, pas seulement d'affects douloureux. Elles se plaignent aussi d'une pauvreté de



leur pensée, elles ne pensent pas ou ne se pensent pas, parfois d'un ennui profond, expression d'un manque de créativité au sens large, le monde n'est peuplé de rien ni de personne d'intéressant ou d'attirant. Autrement dit tout ce qui existe dans la réalité extérieure ne prend pas de relief et n'évoque rien qui puisse susciter en elles plaisir ou intérêt, comme si personne n'avait permis ou favorisé que ne se crée en elles cette possibilité de penser et de se représenter les choses et de les lier au plaisir. (Gédance, 2007 : 227)

La psychanalyse en tant que traitement pourrait donc aider ces personnes à développer davantage leur capacité de penser, en la reliant à des affects et en trouvant ou en retrouvant un certain plaisir dans la vie (Gédance, 2007). Lubtchansky souligne que les frustrations contribueraient à la formation du psychisme au même titre que le plaisir : « *Contrepoint de l'expérience de satisfaction, la douleur participe à la construction de système de protection interne au même titre que l'expérience de satisfaction.* » (Lubtchansky, cité dans Bertrand, 2004 : 1094). Bokanowski mentionne que « *même dans des cas limites graves où la douleur confine au désespoir, celle-ci peut, par un travail psychanalytique adéquat, se transformer au point de pouvoir être pensée et parlée, mettant alors au jour le sens du désespoir* » (Bokanowski, cité dans Barbier, 2004 : 1703). Mais cela ne se fait pas si aisément; en effet, comme le souligne Sausse, « *penser la douleur est un processus lui-même douloureux* » (Sausse, cité dans Barbier, 2004 : 1703).

Bokanowski précise que la souffrance peut se manifester soit par de l'angoisse, soit par de la douleur; ainsi, l'angoisse serait ce qu'il appelle « *l'expression majeure de la souffrance psychique* », tandis que la douleur serait « *la manifestation brutale et excessive de la souffrance* » (Barbier, 2004 : 1700). Il affirme également que la souffrance se situerait dans le registre du principe de plaisir-déplaisir, alors que la douleur serait au-delà de ce principe. Barbier (2004) pour sa part divise la souffrance en deux types, qui auraient en commun leur intensité : souffrance par détresse active et souffrance par détresse passive. La souffrance par détresse active serait cet « *état*

*de souffrance dont toute l'intensité passe essentiellement dans la motricité; il ne peut être ni pensé ni parlé mais traduit pourtant une émotion* ». La souffrance par détresse passive s'exprimerait « *par un état de sidération, une "douleur muette"; tellement sidérante qu'elle ne peut être, là encore, ni pensée ni parlée et se situe peut-être hors émotion* » (p. 1700).

Pour Freud, la douleur serait « la réaction propre à la perte de l'objet » (Barbier, 2004). Haynal souligne que « *c'est l'impuissance face à la douleur qui entraîne alors cet état de résignation qu'est l'affect dépressif* » (Haynal, cité dans Barbier, 2004 : 1700). Bertrand (2004), quant à elle, mentionne l'importance pour la personne de trouver de nouvelles satisfactions, afin de sortir de l'état d'apathie et de désespoir, voire de dépendance, dans lequel elle se trouve :

Tout le développement psychique tend à éloigner le sujet de cette dépendance, en construisant la perception, puis la représentation d'une temporalité, et en trouvant en cas de manque des satisfactions substitutives, par le déploiement des ressources internes : le développement des processus secondaires et de la pensée. Si la dépendance évoque souvent une problématique de la séparation, c'est que ces ressources internes et satisfactions substitutives que constituent les processus de pensée ont, à un moment ou un autre, échoué, au moins partiellement. (p. 1089)

Maintenant que nous avons vu brièvement en quoi les affects de souffrance, de douleur ainsi que de plaisir et de satisfaction étaient reliés au développement du psychisme et du processus de la pensée, et comment ils apportent un éclairage à l'état dépressif, nous allons voir dans la section suivante de quoi est composé ce dit psychisme.

#### 1.4.4.5 Un psychisme formé de trois instances et une dynamique conflictuelle : rôle dans la dépression

Nous savons que le psychisme, selon la théorie psychanalytique, est formé de trois instances : le moi, le surmoi et le ça. Le moi est le seul élément qui aurait une partie consciente. Le surmoi pour sa part serait une « *force potentiellement agressive et limitante à l'intérieur même du psychisme* » (Gédance, 2007 : 226); il interdirait le plaisir sexuel ainsi que la violence envers autrui, violence qu'il tendrait à tourner contre le moi. L'interdiction du surmoi paralyserait le moi et le réduirait à un état d'impuissance. La dépression légère serait le résultat d'un ou des conflits psychiques préconscients qui se situeraient entre le moi et le surmoi. La dépression plus grave s'expliquerait par une prédominance de l'inconscient :

À partir du moment où l'inconscient est une qualité majeure du psychisme, tant est grande la partie qui échappe à sa conscience, le travail pour permettre le changement devient plus complexe, puisque la volonté consciente de la personne ne domine pas la scène. (Gédance, 2007 : 226)

Ambresin et al. (2009) et Lewin (2004) soulignent que la dépression serait une mise au jour d'un conflit entre le moi et le surmoi. Bokanowski rattache cette douleur de la dépression « *aux ruptures que supposent les mouvements intégrateurs du moi* » (cité dans Barbier, 2004 : 1703). Dans un article où il présente ses réflexions par rapport à la dépression, Lewin (2004) mentionne que les injonctions du surmoi envers le moi de « se réveiller » seraient particulièrement présentes dans la dépression; en effet, la dépression serait une réaction « de désobéissance » envers le sur-moi en vue de « protéger la régression narcissique » du moi, ou encore pour permettre au moi de continuer à « dormir au sein » comme le dit l'auteur. Ainsi, plus le sur-moi serait désobéi quant à cet ordre donné au moi de « se réveiller », plus les injonctions du surmoi se feraient insistantes et plus l'état de dépression serait



maintenu. Évidemment, cet auteur parle en termes symboliques, comparant la dépression au confortable sommeil du nourrisson qui n'a pas à se soucier de la réalité extérieure :

[...] nous pouvons développer notre pensée en disant que la dépression est un rêve déplaisant manifestement, dans lequel l'accomplissement du désir narcissique latent de dormir au sein se trouve dérangé par l'introduction d'une tendance opposée, c'est-à-dire par ceux qui sèvent et réveillent. [...] Les ordres bien connus du surmoi – si on les considère comme ceux qui sèvent et réveillent – exigent que le patient déprimé abandonne le sein... [...] Dans la dépression, les injonctions du surmoi sont des expressions déformées d'ordres de se réveiller. [...] Mais il n'est pas obéi à cet ordre. L'obstination avec laquelle cet ordre ne cesse d'être répété montre qu'il est entendu mais qu'il n'est pas tenu compte de celui-ci. Aussi longtemps que le patient déprimé est ainsi exhorté, il continue – bien entendu, secrètement et inconsciemment, de maintenir sa place régressive au sein. L'admonestation est traitée de la façon dont un rêveur traite un stimulus de l'intérieur ou de l'extérieur – le stimulus est pris en considération et enregistré mais la régression narcissique est préservée. (Lewin, 2004 : p. 1081)

Dans le même sens, Ambresin et al. (2009) parlent du surmoi comme étant une instance du psychisme pouvant être « cruelle » dans la dépression plus grave. Ils expliquent que dans la dépression, la dynamique entre le ça (l'univers pulsionnel), le moi (la partie consciente et autonome) et le surmoi (la partie qui interdit, qui sanctionne) est dysfonctionnelle :

La symptomatologie dépressive apparaît ainsi chez une personnalité déjà fragilisée antérieurement par un ou plusieurs traumatismes affectifs. Il a donné naissance à une angoisse de se voir abandonné, impuissant, inefficace, devant des menaces dont l'origine se trouve projetée sur l'extérieur. Le patient se trouve incapable de mettre en place des défenses souples lui permettant de réguler ces contenus pulsionnels de manière convenable. Les capacités de synthèse et d'autonomie du moi sont limitées, de même que ses capacités de

médiateur entre l'univers pulsionnel et un surmoi cruel. La dépression apparaît comme une tentative de congélation affective peu efficace. (p. 81)

Sans prétendre maîtriser l'ensemble des concepts psychanalytiques reliés à la construction ainsi qu'à la dynamique du psychisme, nous avons vu dans cette section comment les trois instances que sont le moi, le ça et le surmoi peuvent s'influencer et entrer en conflit, alimentant un état de dépression. Maintenant que nous avons exploré ces concepts reliés au psychisme, attardons-nous au narcissisme et à la fonction objectale.

#### 1.4.4.6 Le narcissisme et la fonction objectale pour comprendre la dépression

La construction d'un « bon narcissisme primaire » permettrait le développement d'un sentiment de valeur de base (Green, cité dans Gédance, 2007). Le narcissisme primaire se définit ainsi :

Ce bon narcissisme primaire est donc une armature pour le psychisme, une colonne vertébrale, qui lui donne la possibilité, à partir de cette sécurité, de se tourner vers le monde extérieur pour s'y intéresser et s'intéresser aux autres qui s'y trouvent, ne serait-ce qu'à commencer par le père qui devient à ce moment-là un autre, clairement distinct et différent de la mère. (Gédance, 2007 : 228)

Ce narcissisme permettrait également le développement de ce que Green a nommé la « fonction objectalisante », qui se définit comme suit :

[...] capacité du moi à transformer en objets affectivement significatifs non seulement des personnes, des animaux, mais aussi toutes sortes d'activités et

de choses, ce qui donne sens à la vie. Le côté protecteur par rapport au risque dépressif est très clair. Son contraire est la fonction désobjectalisante, à l'œuvre dans les dépressions graves, qui retire son intérêt et vide de sa potentialité de plaisir le monde intérieur et le monde extérieur. (Gédance, 2007 : p. 228)

Green, tout comme Winnicott, infère lui aussi l'existence d'une relation précoce entre le bébé et la mère qui, de qualité suffisante, permettrait au bébé d'acquérir une « *certitude de fond d'être aimé et désiré* » (p. 228). C'est ainsi que se formerait ce qu'il appelle la « structure de base encadrante ». Selon Gédance (2007), cette structure permettrait de « *s'investir soi-même positivement, c'est-à-dire que les pulsions de vie l'emportent sur la destructivité et permettent que le plaisir de vivre soit plus fort que la dérégulation et les tendances à l'anéantissement.* » (p. 228)

Ainsi, un bon narcissisme de base permettant une fonction objectalisante bien développée constituerait, selon ces auteurs, des facteurs de protection contre la dépression. D'autres auteurs parlent de « fonction représentationnelle » ou encore de « figurabilité » (Mannoni, 2012) pour évoquer « *la possibilité pour le psychisme traumatisé de ne pas sombrer dans le morcellement* » (p. 20). En parlant du travail de psychanalystes auprès d'enfants ayant vécu des traumatismes, l'auteur nous explique que :

Il s'agit donc de rassembler tout le matériel sensoriel et perceptif dérivant et menacé de dissolution (menaçant du même coup le psychisme de dislocation, voire d'anéantissement par défaut de représentations objectales) pour lui redonner cohérence en le réinscrivant dans l'histoire du sujet sous forme de souvenirs, peut-être vaudrait-il mieux dire de pseudosouvenirs. Ceux-ci viendraient apporter au psychisme un ancrage nécessaire dans la réélaboration du réel par le biais de la représentation psychique restaurée. (Mannoni, 2012 : 19-20)



Voyons maintenant comment le travail et la cure psychanalytiques peuvent aider l'individu souffrant de dépression en permettant « *la construction et le développement de cette fonction objectalisante et [...] au narcissisme de vie de prévaloir* » (Gédance, 2007 : 228).

#### 1.4.4.7 Le travail psychanalytique et la cure psychanalytique dans la dépression

Selon Gédance (2007), la dépression grave nécessiterait dans un premier temps un travail psychanalytique. Pour la dépression plus légère de type névrotique, elle affirme que la psychanalyse serait mieux indiquée. Le travail psychanalytique se différencie donc de la psychanalyse. Par psychanalyse, elle entend une cure psychanalytique classique au cours de laquelle le patient est couché sur un divan et laisse libre cours à ses pensées, ce qui lui permettrait de mieux accéder à son inconscient. Le travail psychanalytique, quant à lui, « *implique des aménagements par rapport à la psychanalyse dite classique* » (p. 230), notamment en remplaçant le divan par le face à face entre le patient et le psychanalyste. Gédance affirme que la psychanalyse n'est pas une psychothérapie au sens strict, puisque la psychothérapie vise directement « *les habitudes mentales conscientes* » (p. 229) pour faire changer l'état d'esprit de la personne envers elle-même. Grâce à la « *transformation du fonctionnement psychique que produit le travail de la psychanalyse* » (p. 229), la personne pourrait tout de même bénéficier d'un effet psychothérapeutique important. L'auteure définit cet effet psychothérapeutique de la psychanalyse en donnant quelques exemples : « *... assouplissement et allègement du surmoi, déploiement du moi et mise à disposition de celui-ci de toute une part pulsionnelle prisonnière des conflits psychiques et de la maîtrise de l'angoisse qui leur est liée* » (p. 222).

L'auteure affirme aussi que grâce aux nombreux concepts de la théorie psychanalytique, la dépression peut être abordée et traitée d'une manière originale, qui serait assez distincte des autres théories psychologiques :

Le psychanalyste possède également, et c'est très important dans les dépressions, un outil d'évaluation unique et essentiel de la profondeur et de la gravité de celles-ci, grâce à la conception d'un psychisme complexe, formé de trois instances, doté d'une structure, d'une forme de pensée, d'une organisation défensive, d'une part inconsciente beaucoup plus importante que celle qui est consciente et d'une conflictualité intérieure propre à chaque individu. [...] Ainsi la psychanalyse et le travail psychanalytique deviennent, secondairement à leur effet, une forme de psychothérapie des dépressions, par un abord tout autre, une démarche et des visées et une forme d'engagement très différentes des psychothérapies classiquement médicales. (Gédance, 2007 : 223, 230)

L'auteure conclut en mentionnant que la démarche analytique, que celle-ci soit un travail ou une cure, permettrait de « ... *changer le vécu dépressif, qu'il soit morne ou intense et pouvant aller de pair avec des zones entières d'insensibilité à l'autre et à certains aspects de soi-même, en une richesse d'affects nuancés et complexes liée à une pensée articulée et mobile.* » (Gédance, 2007 : 230)

Selon Lewin (2004), la dépression serait, tout comme l'angoisse, une caractéristique du processus analytique. En d'autres mots, prendre conscience de son inconscient et se confronter à ses conflits intérieurs pourrait faire vivre à la personne des sentiments douloureux de dépression et d'angoisse. Pour Marty (cité dans Gédance, 2007) de l'école de psychosomatique de Paris, la dépression « *se caractériserait, entre autres, par une disparition des désirs remplacés par des intérêts machinaux, une perte de la vitalité pulsionnelle et qui irait généralement de pair avec une pensée pauvre en fantaisie.* » (p. 228). Il ajoute qu'elle pourrait préparer le terrain pour le développement de maladies psychosomatiques et il précise que dans ce cas, le thérapeute doit utiliser « *une technique psychanalytique particulière de réanimation*

*du psychisme [...] ainsi qu'un développement des fonctions préconscientes du moi, c'est-à-dire des capacités de représenter en liaison à des affects, exprimables en mots. » (p. 228).*

Nous pourrions faire le parallèle entre la dépression évoquée par Lewin en tant que « caractéristique du processus analytique » et la « dépression légère » à laquelle fait référence Gédance, pour laquelle une cure psychanalytique classique serait plus appropriée, tel que mentionné plus haut. Quant à la définition que donne Marty de la dépression, nous pouvons penser qu'elle s'apparente plutôt à ce que Gédance considère être une « dépression grave ». En effet, Marty souligne que ce type de dépression nécessite la « réanimation du psychisme » ainsi qu'un travail pour développer les « fonctions préconscientes du moi ». Cela nous fait penser à ce que Gédance nomme le travail psychanalytique, en contraste avec la cure psychanalytique classique sur le divan au cours de laquelle la personne laisse libre cours à ses pensées. Dans une telle démarche classique, nous pouvons imaginer que la personne souffre effectivement d'une dépression plus légère puisque sa capacité de verbaliser son vécu semble être plus développée, ou du moins plus intacte, que dans la situation d'une personne n'ayant que peu de mots pour nommer sa souffrance tellement celle-ci est sidérante. C'est sans doute dans ce sens que Marty parle de « réanimation du psychisme ».

Dans cette section sur la théorie psychanalytique, nous avons vu à quel point il s'agit d'une théorie élaborée, complexe et multidimensionnelle. Elle offre de nombreux repères théoriques pour expliquer, comprendre et traiter la dépression. À partir du manque de réponses aux besoins de l'enfant jusqu'à la fonction objectalisante insuffisamment développée, en passant par le travail de deuil qui ne se fait pas jusqu'aux instances du psychisme qui ne s'accorderaient pas entre elles, on voit que la psychanalyse offre des hypothèses interprétatives variées pour tenter de



comprendre le vécu dépressif. Regardons maintenant une autre théorie, très utilisée en travail social, pouvant aider à expliquer et à comprendre la dépression, soit la théorie systémique.

#### 1.4.5 La théorie systémique en intervention

Les origines de la théorie systémique remontent aux années 1920, aux États-Unis. L'histoire du développement de cette théorie est riche et de nombreux auteurs y ont contribué. Elle tire essentiellement son origine de la théorie des systèmes, élaborée dans les années 1950 par un certain biologiste nommé Von Bertalanffy :

Il soulignait la nécessité de sortir de la mécanique pour s'orienter vers la relativité et la complexité. Il tentait également d'éliminer les contradictions entre les différentes théories en développant des principes applicables à tous les phénomènes observés. [...] Ses équations mathématiques pouvaient être traduites pour les sciences humaines par les principes suivants : un système doit être compris comme un ensemble et non dans ses composantes; on ne peut comprendre un système en étudiant ses parties de façon séparée; et les systèmes humains sont autoréflexifs, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'observer et s'analyser eux-mêmes, établir leurs propres buts, vérifier si les moyens pris sont adéquats et efficaces, et apporter des correctifs venant de l'intérieur ou de l'extérieur. Un système humain fonctionne donc grâce à un niveau élevé d'échanges d'informations (Boss et al, 1993). Il est essentiellement un *système cybernétique*. (Blanchette, 1999 : 19)

Selon la théorie systémique, la dépression serait intimement liée aux difficultés relationnelles vécues au sein du couple et/ou de la famille. Il n'est cependant pas clair si la dépression précède (donc provoque) les difficultés relationnelles, ou si elle en résulte. Gervasoni (2005) nous parle du lien entre dépression et difficultés conjugales, en affirmant que :

Le mauvais ajustement dyadique semble cliniquement jouer un rôle dans l'apparition et le maintien des symptômes dépressifs. Il semble également exister une corrélation entre la rémission complète de l'épisode dépressif et le traitement des difficultés relationnelles au sein du couple. (p. 359).

La dépression doit donc être envisagée et comprise comme un symptôme qui fait partie d'une dynamique relationnelle plus large, qui est problématique et a besoin d'être travaillée. L'intervention utilisant la théorie systémique aura comme objectif le travail thérapeutique sur cette dynamique relationnelle dysfonctionnelle permettant de travailler par ricochet la dépression. En apprenant à mieux communiquer ses besoins et en apprenant à mieux prendre soin d'elle-même, la personne en viendrait à établir des relations plus saines, autant avec elle-même qu'avec les autres. De plus, en apprenant à communiquer autrement que par des mécanismes inappropriés tels que la manipulation, la soumission, la victimisation, le déni, la colère ou même la dépression, la personne pourrait enfin exprimer ses frustrations plus sainement et plus clairement (Gervasoni, 2005). Notons que le thérapeute, en travaillant avec les couples ou les familles, doit avoir un esprit aussi large que possible, en se rappelant qu'il ne peut pas tout voir ni tout comprendre, d'où l'importance d'intervenir sur des cibles qui ne sont pas toujours si explicites : *« Le thérapeute familial systémique ne peut se limiter aux données qu'il observe et enregistre dans une position – dite extérieure – des relations internes du système observé, pour élaborer sa stratégie d'intervention. »* (Juhel et al., 2012 : 193)

D'autres auteurs, tels que Watzlawick, Maturana, Varela, Von Foerster et Von Glaserfeld, se sont intéressés à la théorie de la communication et aux phénomènes perceptifs. Plus précisément, ils se sont intéressés *« aux mécanismes de la construction par le cerveau d'une réalité à partir des informations venant de la réalité extérieure »* (Blanchette, 1999 : 45) :

La réalité extérieure ne peut être perçue de façon complète parce que le cerveau ne perçoit que ce qu'il est capable de faire, en raison de ses limites physiques : ce que nous voyons n'existe pas en tant que tel mais dépend de notre organisation sensorielle. De même, la personne donne un sens à ce qu'elle perçoit, perception déjà incomplète, à partir de ses expériences antérieures. C'est pourquoi la réalité d'une famille n'est pas la même pour l'observateur et pour les membres de la famille; et elle n'est pas la même pour chaque membre. (Blanchette, 1999 : 45)

L'intérêt pour les phénomènes de perception sensorielle aurait mené notamment au développement du constructivisme (Blanchette, 1999). Mentionnons aussi que plusieurs outils d'intervention ont été créés par des cliniciens systémiques, à savoir par exemple : le psychodrame, l'utilisation du langage non verbal, les sculptures, le jeu de l'oie, l'utilisation de la métaphore, de la résilience ou encore l'outil pictural, pour ne nommer que ceux-ci (Goldbeter-Merinfeld, 2012). On voit donc que l'approche systémique peut fournir des outils de travail assez variés, originaux et polyvalents. Cette approche peut s'appliquer à de nombreuses problématiques sociales, outre la dépression et autres problèmes de santé mentale. Regardons maintenant une dernière approche utilisée en travail social : l'approche humaniste-existentielle.

#### 1.4.6 L'approche humaniste-existentielle en intervention

Au début des années 1960, des théoriciens et chercheurs ont largement contribué au développement de cette approche, que l'on a qualifié de « Troisième Force » en psychologie. Parmi eux, les noms les plus connus sont : Rogers, Maslow, May, Giorgi, Rychlak, Bakan et Frankl (Lecomte et Richard, 1999). L'approche humaniste-existentielle comprend la Gestalt thérapie, la thérapie-centrée-sur-le-client, la logothérapie ainsi que le focusing (Lecomte et Richard, 1999; Salathé, 2011). Ce qui



est intéressant avec cette approche, c'est que d'une part on dit qu'elle a influencé la plupart des modèles psychothérapeutiques, en étant même à leurs bases dans plusieurs cas, et, d'autre part, on dit qu'elle est en déclin en Amérique du Nord depuis quelques années. Ce qui est encore plus paradoxal, c'est que « *malgré que Rogers soit le fondateur de la recherche en psychothérapie, son système est un des moins enseignés en milieu universitaire* » (Lecomte et Richard, 1999 : 190). Par ailleurs, seulement 9% des psychothérapeutes diraient utiliser spécifiquement cette approche, tandis qu'un grand nombre (chiffre non mentionné) de psychothérapeutes prétendraient avoir une approche éclectique, dans laquelle ils incluraient l'approche humaniste-existentielle (Smith; Norcross et Prochaska, cités dans Lecomte et Richard, 1999).

Plusieurs raisons permettraient d'expliquer le déclin de cette « Troisième Force » de la psychologie, notamment sa confusion dans les années 1970 avec le mouvement humaniste (aussi nommé « phénomène sociopolitique de la contre-culture ») ainsi que le fait qu'elle s'est développée surtout à l'extérieur des milieux universitaires, ce qui aurait engendré une absence de réflexion, de critique et de validation scientifique (Lecomte et Richard, 1999). Y aurait-il lieu de se demander si cette approche s'est développée en quelque sorte en réaction à des théories jugées fatalistes? Lecomte et Richard (1999) nous apprennent que « *L'humanisme en psychologie s'est aussi opposé au scientisme de la psychologie scientifique dominante* » (p. 198) :

Face aux positions pessimistes et déterministes du behaviorisme radical et de la psychanalyse orthodoxe, les tenants de la psychologie humaniste ont opposé des propositions téléologiques caractérisées par la croyance que tout être humain est programmé de façon innée à des objectifs d'actualisation et de croissance. La vision était généreuse. Elle remettait en question les abus d'une raison qui voulait tout contrôler (Hayek, 1967), en lui préférant une vision romantique de bonté humaine inspirée de Rousseau. Les humanistes accordaient ainsi une grande importance à la finalité et à la directionnalité de la condition humaine. Cette proposition les a amenés à privilégier l'analyse

introspective-empathique de l'expérience humaine dans une perspective phénoménologique holistique. (p. 194)

Maintenant que nous avons brièvement positionné historiquement et politiquement cette approche, regardons de plus près ce qu'il en est de ses bases théoriques. Premièrement, mentionnons que la relation thérapeutique est vraiment essentielle pour les psychothérapeutes adoptant cette approche, puisqu'elle est considérée comme le « *principal outil de changement* » (Trépanier, 2010). Cela peut être expliqué ainsi :

En étant en lien avec un psychologue qui fait preuve d'authenticité, de compréhension et d'acceptation, le client vivra une expérience nouvelle dans laquelle il pourra se permettre de redécouvrir qui il est, de se montrer sous son vrai jour et ainsi poursuivre son développement qui était jusqu'alors interrompu. La thérapie sera centrée non pas sur le passé, mais bien sur le présent. Elle se penchera généralement sur les émotions éprouvées par le client et sur son vécu actuel. (Trépanier, 2010 : 7)

L'approche humaniste-existentielle est essentiellement centrée sur une philosophie « proche-de-l'expérience » des clients (Lecomte et Richard, 1999). C'est par ailleurs une approche qui entretient plusieurs liens avec la pensée philosophique et qui a été influencée par plusieurs philosophes dont Sartre, Merleau-Ponty, Camus, Nietzsche, Kierkegaard, Heidegger et Husserl, pour ne nommer que ceux-là (Salathé, 2011). L'objectif de la psychothérapie centrée sur cette approche est « *d'aider l'homme en souffrance à inventer son chemin.* » (Salathé, 2011 : 1). La souffrance est interprétée ainsi : « *S'il y a souffrance, c'est parce que dans la conception existentialiste, il n'y a pas à priori de sens donné. Celui-ci se construit au fur et à mesure de l'existence* » (Salathé, 2011 : 1). Le thérapeute humaniste-existential va donc « *inciter le sujet à explorer ses peurs, à prendre conscience de son potentiel face à ses peurs, à décider de son actualisation et à s'engager sur ces fondements* » (Salathé, 2011 : 2). Sens de l'existence, actualisation du potentiel humain, engagement et décision sont des

thèmes centraux dans l'approche humaniste-existentielle. La décision renvoie au fait que l'homme a toujours un choix à faire, mais qu'il doit manœuvrer entre liberté et limite :

Ils sont présents tous deux à la fois et circonscrivent le principe de la réalité dans lequel se débat l'humain, entre grandeur et misère, entre pouvoir et impuissance. C'est dans cet espace qu'il tente d'être l'acteur de sa vie et non pas de se vivre comme un jouet, de pouvoir malgré tout trouver sa place. (Salathé, 2011 : 2)

Le déni de sa liberté pourrait se manifester chez l'homme par de l'impulsivité, la posture de l'innocente victime ou encore la compulsion, par exemple. Le déni de ses limites se manifesterait par le refus de choisir, l'incapacité totale à prendre des décisions, l'immobilisme, le refuge dans la rêverie, le fantasme de l'omnipotence ou encore la prise de risques démesurés (Salathé, 2011). Le déni des limites serait particulièrement problématique, puisqu'il « *repose souvent sur un profond mépris de soi – oblige la personne à être parfaite dans ses capacités et réalisations pour avoir le droit de vivre* ». Les conséquences de ce déni des limites pourraient être : « *Soit la personne sombre dans la dépression, soit elle recourt à un déni massif de ses imperfections. Travailler sur l'angoisse va redonner à la personne sa marge de pouvoir sur sa liberté et ses limitations* ». Le processus psychothérapeutique permettrait donc d'effectuer un travail sur l'angoisse, ce qui « *va redonner à la personne sa marge de pouvoir sur sa liberté et ses limitations* » (Salathé, 2011 : 4).

L'angoisse, tout comme la souffrance, sont reconnues comme des problématiques importantes à traiter. Dans la perspective humaniste-existentielle, l'angoisse et les tentatives pour l'éviter peuvent être décrites et expliquées ainsi :

Elle [l'angoisse] est occasionnée par la rencontre de l'être humain avec certaines situations. Ce sont, nous dit Yalom (2008), des situations de



confrontation inévitables avec des données existentielles fondamentales telles que la solitude, la quête de sens, la finitude, l'imperfection et la responsabilité, ou circonstancielle, c'est-à-dire physiques, sociales, éducatives, économiques. L'angoisse surgit lorsque la personne est confrontée à un environnement et que celui-ci est perçu comme menaçant ou dangereux. Pour éviter cette montée d'angoisse, la personne bloque le contact et met en place des mécanismes de défenses ou résistances. La pathologie est donc considérée comme un court-circuitage de l'angoisse par le biais des résistances. Cela permet à la personne de se protéger à la perspective d'un contact. (Salathé, 2011 : 3)

Le travail psychothérapeutique consisterait donc à aider la personne à mettre en évidence ses mécanismes de défense à tous les niveaux (cognitif, émotif et moteur). Ensuite, il s'agirait de clarifier ces mécanismes en vue de leur donner du sens. La personne serait conséquemment amenée à expérimenter de nouveaux comportements et à surmonter ses peurs. La prise en compte des valeurs de la personne ainsi que la non-interprétation de son vécu sont très importants pour le thérapeute humaniste-existential (Salathé, 2011). On dit de l'interprétation qu'elle « *nous éloigne de l'expérience immédiate de l'instant présent* » (Salathé, 2011 : 4).

Tillich (cité dans Salathé, 2011) considère que « *L'homme ne devient pleinement humain qu'au moment de la décision* » (p. 3). La conscience et le destin sont d'autres thèmes importants pour cette approche. L'homme y est décrit comme un être doté d'une conscience, qui lui permet de se « *dresser devant le destin et le transcender, même si nous savons que nous devons mourir et que nous sommes limités* » (Salathé, 2011 : 2). Ainsi, contrairement à la théorie psychanalytique qui stipule que l'homme serait déterminé par son inconscient, l'approche humaniste-existential croit plutôt que c'est la conscience qui guiderait la vie de l'homme. Six compétences ont été identifiées, comme étant préalables chez le psychothérapeute humaniste-existential. Il s'agit de : sa capacité à être présent et réceptif, son authenticité, ses compétences relationnelles, sa capacité à assumer une autorité fonctionnelle et sa responsabilité en

tant que thérapeute, sa capacité de respect et de considération positive ainsi que sa loyauté (Salathé, 2011).

Comme on peut le voir, il existe plusieurs approches théoriques pour aborder la question de l'intervention en contexte de dépression, celles-ci véhiculant diverses constructions conceptuelles signifiantes de ce qu'est la dépression, de ses raisons d'être. Ceci est d'autant plus intéressant que la précédente section ne se veut pas une revue exhaustive de toutes les approches théoriques existantes à cet égard, mais davantage un aperçu des perspectives utilisées plus fréquemment dans l'intervention en travail social et dans d'autres disciplines pour comprendre la dépression et intervenir.

Cette précédente section est ainsi centrale et révélatrice d'un corpus imposant de représentations sociales diverses utilisées par les travailleurs sociaux pour intervenir. Pourtant, et tel que nous l'avons mentionné en début de problématique, la logique des services de première ligne oriente régulièrement et de façon trop souvent unilatérale les patients souffrant de dépression vers les médecins et les psychiatres, encourageant ainsi la prise en charge de la souffrance, considérée rapidement comme une maladie, par des antidépresseurs et des approches psychothérapeutiques à court terme.

Par ailleurs, le contexte de travail des intervenants sociaux peut être assez tendu, créant des conditions qui ne favorisent pas toujours l'appropriation de la relation clinique permettant l'approfondissement du sens des interventions pour ses destinataires et les travailleurs sociaux eux-mêmes, faute du temps nécessaire à l'étalement dans le temps de ces dernières. En ne favorisant pas beaucoup la recherche de sens, cette logique pourrait également contribuer à la représentation sociale contemporaine que l'individu est responsable de sa souffrance et de la prise en charge de celle-ci, renforçant du même coup l'injonction normative : « Sois autonome ». Il paraît valable de se questionner au sujet des représentations relatives

au rôle et à la place qui reviennent à l'intervention en travail social auprès des individus souffrant de dépression.

Les façons de concevoir socialement et historiquement la dépression, telles que déjà mentionnées en début de problématique, sont multiples. Ces différentes conceptions influencent sans doute les représentations que se font les travailleurs sociaux des causes de la dépression, de ce que signifie « être en dépression ». Ces différentes lectures possibles de la dépression influencent aussi possiblement le choix des savoirs théoriques qui orientent les interventions des travailleurs sociaux. Conséquemment, nous pouvons penser que les représentations sociales de la dépression, prenant racines au cœur même de l'intervention réalisée en travail social, sont elles aussi colorées, entre autres, par différentes approches théoriques existantes, mais aussi par des normes historiques et sociales quant à la santé mentale des individus.

Enfin, avant d'entrer dans le vif du cadre théorique portant sur les représentations sociales elles-mêmes et leur ancrage épistémologique, il serait intéressant d'avoir des éléments représentationnels d'un savoir théorique qui pourrait être propre au travail social. Nous savons, et il s'en faut, que le travailleur social peut faire appel à nombre de savoirs issus de théories sociologiques, psychanalytiques, psychologiques, de la communication, philosophiques... dans ses interventions. Mais que comprenons-nous des savoirs théoriques qu'il génère à l'intérieur même de sa pratique?



## CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous discuterons d'abord du savoir théorique et du savoir pratique en travail social. Nous présenterons ensuite quelques éléments du constructivisme en sciences sociales, qui constitue en quelque sorte la pierre d'assise de notre cadre théorique sur les représentations sociales. Dans un troisième temps, nous présenterons certaines définitions du concept de représentations sociales ainsi que ses fonctions. Finalement, nous présenterons différents modèles permettant d'analyser les représentations sociales en nous attardant plus longuement sur celui qui a été retenu pour l'analyse de nos données d'entrevues. Ce chapitre se conclura avec nos objectifs de recherche ainsi qu'avec un justificatif de la pertinence sociale et scientifique de celle-ci.

### 2.1 Le savoir théorique et le savoir pratique en travail social

Le statut du travail social est depuis longtemps l'objet d'un débat; certains s'entendent pour dire qu'il s'agit d'une profession parmi la pluralité des professions de la santé et des services sociaux, d'autres s'entendent plutôt pour dire qu'il s'agit d'une discipline. Selon Karsz (2011), « *Dans la mesure où ce qu'est le travail social reste assez indéterminé, il y a autant de raisons pour affirmer une chose... et son contraire* » (p. 14). La psychologie, par exemple, possède nombre de théories pour expliquer ou comprendre le comportement humain. Le médecin cherchera pour sa part à soigner les maladies, à l'aide de ses connaissances des différents systèmes du corps humain et à l'aide des outils techniques qui sont à sa disposition. Dans le cas du travail social, l'approche préconisée, non pas pour *soigner* les problèmes mais bien

pour les rendre *plus viables*, sera guidée par des repères théoriques qui ne sont pas toujours aussi explicites qu'on pourrait le croire (Karsz, 2011).

Rullac (2011) mentionne que la sociologie « *possède un quasi-monopole concernant la pensée du travail social* » (p. 117). Dans le même sens que Karsz, il mentionne que la définition du travail social est plutôt ambiguë :

Le travail social est un champ hétéronome de fait, dans la mesure où il est soumis à une tentative de définition externe et une absence de définition interne. Mais l'est-il de nature et à qui revient la légitimité de définir le travail social? Pourquoi n'est-il pas reconnu dans sa capacité à se penser? Quel statut reconnaître à ces savoirs issus de l'action? Ces questions concernent fondamentalement le rapport entre savoirs théoriques et pratiques. (p. 116)

Mais, comme le soulignent certains auteurs, « *le débat ne se pose pas en réalité entre théorie et pratique, mais entre différentes manières de théoriser la pratique professionnelle* » (Dartiguenave et Gernier, cités dans Rullac, 2011 : 118). Rullac va même jusqu'à argumenter en faveur d'une reconnaissance scientifique du travail social, en dehors des sciences sociales existantes. C'est en ce sens qu'il affirme que « *Le travail social possède son propre objet théorique qui est d'essence pratique, par le biais de l'opérationnalité de sa fonction sociale. Une science ne se définit pas en fonction de son objet mais de la manière de le traiter.* » (p. 118). Cet auteur français soutient que pour que le travail social puisse produire de la recherche et accéder au statut de science, il faudrait d'abord que des cursus académiques de niveau doctoral existent. À ce jour, pour faire de la recherche en travail social en France, les finissants à la maîtrise doivent faire un doctorat dans une discipline connexe, telle que la sociologie. Il précise : « *L'absence d'un doctorat [...] montre à quel point la France résiste à la scientificité du travail social, alors que onze pays européens le proposaient en 1999 (Laot, 2000).* » (p. 121).

Tel que mentionné plus haut, ce qui est le plus pertinent n'est pas de débattre des différences entre théorie et pratique, mais plutôt de chercher à comprendre quelles sont les différentes manières de produire de la théorie au sujet des pratiques professionnelles du travail social. En France, ce débat tourne encore essentiellement autour de critères que l'on pose comme étant dichotomiques :

Le débat concernant la scientificité du travail social se structure autour de dichotomies qui relèvent d'une logique de la distinction, en établissant une hiérarchie de légitimité : la connaissance théorique et pratique, la recherche et l'expertise, la science et la technique, la discipline universitaire et la compétence professionnelle. Le travail social, se situant par nature du côté de l'opérationnalité, se trouve systématiquement disqualifié et dominé, par rapport aux savants académiques, du fait de l'approche française concernant le savoir situé : faussement assimilé généralement à une simple praticité, sans consistance théorique. (Rullac, 2011 : 126)

Pour Rullac, la pertinence d'une science du travail social réside dans la volonté de « *créer des connaissances capables de soutenir l'intervention des acteurs de ce champ professionnel, dans ses dimensions épistémologique, éthique et méthodologique, dans le cadre de la professionnalisation de ce champ* » (p. 124). Évidemment, lorsqu'il parle de la « *professionnalisation de ce champ* », il fait référence à la situation en France puisque son article porte sur le travail social dans ce pays. Ce n'est pas la situation au Québec puisque le travail social y est déjà professionnalisé. Au sujet de la reconnaissance du travail social en tant que science, il précise que « *l'ensemble du savoir produit par cette science vise à objectiver les enjeux et les modalités d'intervention professionnelle, dans une perspective de réduire le poids des prescriptions internes et externes* ». (p. 124). Il s'agit donc non seulement de reconnaître un caractère scientifique au travail social, mais également un caractère autonome.



Mais si Rullac rejoint Karsz au sujet de l'absence de définition claire du travail social, il s'en écarte en le critiquant par rapport à son insistance sur le caractère idéologique du travail social :

Plus récemment, l'éternelle question se repose : « Pourquoi le travail social? » (Karsz, 2004). Selon cette approche, ce secteur professionnel est un relais idéologique au service d'une collectivité qui étend les tendances normatives dominantes à ceux qui ne les partagent que partiellement. En tant qu'outil de conversion idéologique, le travail social est un secteur théoriquement « mou » qui donne à chacun la possibilité de projeter sa grille de lecture sur un secteur qui se plaît à être une sorte d'écran de projection idéologique. (Rullac, 2011 : 115)

Contrairement à Rullac, Karsz serait donc d'avis que le travail social n'est pas suffisamment rigoureux. Puisque les pratiques sociales sont difficilement « théorisables », nous dit Karsz, cela signifierait que ces pratiques ne seraient pas suffisamment définies et que leurs visées ne seraient pas nécessairement évidentes à cerner. Mais la théorie n'apporte pas de solutions miracles aux problèmes sociaux. Comme le souligne Karsz, bien qu'importante la théorie à elle seule ne suffit pas. Les connaissances théoriques peuvent être considérées comme des outils intellectuels qui aident à analyser les situations-problèmes.

D'autres auteurs se sont également penchés sur la question de la difficile théorisation des pratiques en travail social, mais sous un angle différent qu'ils ont appelé la « pragmatique de la théorie » (Huot et Couturier, 2003). Ils reconnaissent qu'il est difficile de traduire la théorie en pratique et la pratique en théorie, puisqu'il s'agit bien de deux univers différents. Mais selon eux, il n'est pas impossible pour ces deux mondes de dialoguer, même qu'ils dialoguent déjà :

Car, malgré la distance entre les deux univers, les praticiens et les praticiennes utilisent et produisent des connaissances théoriques à travers leur action et leur travail. Plutôt que de postuler la nécessité de bâtir de nouveaux ponts entre deux différents types de savoir, le théorique et le pratique, nous proposons d'explorer empiriquement les liens qui existent déjà et de voir comment la connaissance

théorique est utilisée dans l'intervention; en quelques mots, de développer une pragmatique de la théorie. (p. 20)

Huot et Couturier précisent que pour évaluer les connaissances théoriques et pratiques, il ne faut pas se baser sur des critères de validité internes à l'un ou à l'autre des deux univers; il faut plutôt créer, et recréer, des critères de validité qui naîtront de leur comparaison et qui ne seront pas nécessairement associés à la recherche de vérité, mais plutôt à la recherche d'utilité (p. 22). Par ailleurs, comme le soulignent Couturier et Carrier (2003), le travail social n'a pas l'habitude de rechercher des preuves des résultats de ses actions :

De façon tendancielle en travail social, l'action se fonde moins sur des preuves, même falsifiables et validées hors de l'espace clinique, que sur une construction de présomption (Passeron, 1991) dont la véritable validation est la signifiante intersubjective qui s'inscrit dans le cadre de la relation clinique. (p. 74)

C'est donc dire que ce qui compte selon ces auteurs, pour que des interventions soient jugées valides en travail social, ce n'est pas tant les résultats objectifs, mesurables et reproductibles, mais plutôt le sens de celles-ci, la valeur que leur accordent intervenants et destinataires de l'intervention. Renaud (1995b) partage la même philosophie lorsqu'il affirme que *« les conduites humaines s'inscrivent dans un système symbolique qui vient leur donner sens et que, par conséquent, le travail d'intervention n'échappe pas à cette nécessité de construire un échange symbolique où le sens prend forme »* (p. 15). Cette position en faveur du caractère symbolique de l'intervention sociale contraste avec celle de Rullac (2011), pour qui il est au contraire primordial que les pratiques sociales soient définies par des critères objectifs, qui permettraient au travail social d'accéder au statut de science autonome. Les travailleurs sociaux basent leurs interventions sur des repères qui sont à la fois subjectifs, théoriques et idéologiques (Karsz, 2011). La compréhension de la réalité est façonnée par le regard qu'on porte sur celle-ci : *« Il n'y a pas de regard neutre et*

*détaché sur une réalité toute entière construite en dehors de ce regard »* (p. 48). La non-neutralité de l'intervenant signifie aussi qu'il fait un choix parmi différentes façons d'analyser les problèmes et d'intervenir sur ceux-ci. Intervenir signifie donc, selon Karsz, prendre parti. Il précise aussi que la façon dont les travailleurs sociaux aident les gens est idéologiquement chargée. Les travailleurs sociaux n'aident pas les gens seulement par compassion; ils les aident aussi en fonction de certains buts et selon certaines modalités. Ils prendront donc parti en encourageant les gens à adopter des comportements et des attitudes jugés plus légitimes que d'autres. Ces comportements et attitudes sont également légitimés par la politique sociale en place et supportés par les idéologies dominantes. Par leurs interventions, les travailleurs sociaux peuvent ainsi contribuer à renforcer certains comportements jugés socialement positifs et à en décourager d'autres jugés plutôt répréhensibles par la société (Karsz, 2011). Le sociologue Marcelo Otero fait bien ressortir les liens étroits qui existent entre l'intervention psychosociale et la normalisation des conduites des individus :

Le complexe univers des pratiques psychothérapeutiques et psychosociales constitue un lieu privilégié tant d'observation que de gestion du social. Un lieu où se manifestent certaines injonctions sociales indiquant aux sujets ce qu'on attend d'eux; un lieu où les sujets témoignent de la résistance à ces injonctions par des symptômes, la souffrance ou le « passage à l'acte »; un lieu de reconduction de certaines « identités positives » dans lesquelles les sujets sont censés se reconnaître; un lieu de définition de certaines conduites vis-à-vis desquelles il devient « légitime » d'intervenir. Bref, un lieu où différentes formes de régulation des conduites des sujets sont susceptibles d'être analysées. (Otero, 2000 : 217)

Nous avons vu dans cette section que les pratiques en travail social ont un fort caractère symbolique. Certains auteurs croient que le fait que le travail social ne soit pas suffisamment défini rend difficile la reconnaissance de son caractère théorique et autonome (Rullac, 2011; Karsz, 2011). D'autres auteurs soulignent ses relations



étroites avec l'idéologie et font ressortir sa fonction de régulation du social et d'orientation des conduites (Karsz, 2011; Otero, 2000). Il est également souligné que le débat ne doit pas s'attarder sur la distinction entre théorie et pratique en travail social, mais plutôt sur les modalités de communication entre les deux univers. Certains auteurs argumentent en faveur de la reconnaissance des liens indéfectibles entre pratique et théorie à l'intérieur des interventions sociales (Huot et Couturier, 2003), d'autres précisant que la véritable validation des pratiques d'intervention sociale réside dans la validité intersubjective entre professionnel et personne demandant de l'aide (Couturier et Carrier, 2003) et non dans des critères de scientificité objectifs comme l'entend Rullac (2011).

À la lueur des représentations subjectives, théoriques et idéologiques qui pavent la voie au travail social, regardons de plus près maintenant ce concept de représentations sociales et son ancrage épistémologique, le constructivisme. Ce concept pourra nous renseigner au sujet des pratiques des travailleurs sociaux en santé mentale, plus particulièrement en ce qui concerne la dépression.

## 2.2 Le constructivisme en sciences sociales

Le constructivisme est une théorie de la connaissance, qui est opposée au positivisme. On parle d'épistémologie constructiviste pour désigner ce courant de pensée. Le terme épistémologie signifie « *l'étude de la constitution des connaissances valables* » (Piaget, cité dans Le Moigne, 2012 : 7). Le terme logos signifie « discours » et épistémê signifie « sur la connaissance ». Donc une épistémologie est un discours sur la connaissance (Le Moigne, 2012). L'épistémologie constructiviste existerait depuis un siècle; elle aurait été conçue par des mathématiciens qui s'interrogeaient sur la provenance des nombres; étaient-ils naturels ou plutôt construits par l'Homme? (Le Moigne, 2012). Pendant près d'un

demi-siècle, on a arrêté de parler du constructivisme, à un point tel que ce terme fût même rayé des dictionnaires et encyclopédies, les positivistes trouvant cette épistémologie trop bouleversante et « irritante » (Le Moigne, 2012). C'est à Von Glaserfeld et Watzlawick, deux auteurs et intellectuels majeurs, que l'on doit sa « resuscitation » au début des années 1980 (*idem*). Un autre auteur important pour le développement de l'épistémologie constructiviste, particulièrement dans les sciences de l'éducation et en psychologie, a été Jean Piaget, qui écrivit une phrase importante : « *L'intelligence organise le monde en s'organisant elle-même* » (cité dans Le Moigne, 2012 : 46). Cette phrase renvoie notamment au caractère actif de la connaissance, considérée par les constructivistes comme une expérience du réel (Le Moigne, 2012). Comme le mentionne Le Moigne (2012) : « *La connaissance qu'il [l'individu; le sujet] peut construire d'un réel est celle de sa propre expérience du réel* » (p. 48).

Selon le constructivisme, les connaissances que nous possédons sont donc le fruit de notre construction personnelle, ou en d'autres mots de nos opérations cognitives. Mais ces connaissances doivent aussi avoir une certaine valeur pour l'individu :

Cette connaissance de l'expérience du sujet cogitant, qu'elle soit tangible ou physiquement sensible, ou intangible ou cognitivement perçue, est connaissance s'il lui attribue quelque valeur propre. Valeur dont la définition ne peut pas être tenue pour indépendante du sujet connaissant. (Le Moigne, 2012 : 48)

L'épistémologie constructiviste stipule que l'essentiel pour une connaissance, ce n'est pas d'être objectivement vraie, mais plutôt d'avoir une valeur empirique pour le sujet qui se réfère consciemment à cette connaissance pour guider son action (Le Moigne, 2012). Cela nous emmène à mentionner que la distinction entre théorie et empirie, voire entre réflexion et action, est tout à fait impertinente aux yeux des constructivistes (Le Moigne, 2012). Pour l'épistémologie positiviste par contre, le

critère de validité d'une connaissance est sa véracité et le fait qu'on puisse objectivement prouver son existence.

Ce bref portrait du constructivisme nous permet d'affirmer que notre recherche est de nature constructiviste. En nous intéressant au discours de travailleurs sociaux, nous cherchons à discerner dans le contenu de leurs propos ce qui peut être de l'ordre des représentations sociales au sujet de la dépression et de l'intervention qui y est relative. Nous n'avons pas la préoccupation de prouver si ce contenu est vrai ou faux; notre souci est, essentiellement, de faire sens avec ce contenu et d'en tirer des informations pertinentes pour nous éclairer au sujet des façons dont ces professionnels se représentent le phénomène complexe et difficile à définir qu'est la dépression.

### 2.3 Les représentations sociales : définitions et fonctions

Précisons d'abord la signification du verbe « représenter ». Que signifie au juste « se représenter »? Voici une citation qui peut nous éclairer à ce sujet :

[...] représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut être aussi bien une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc.; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis. Il n'y a pas de représentation sans objet. [...] Elle est donc le représentant mental de l'objet qu'elle restitue symboliquement. [...] Ce dernier aspect renvoie au caractère constructif, créatif, autonome de la représentation qui comporte une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expression du sujet. (Jodelet, 2003 : 54)



Se représenter renvoie donc à un acte de pensée, reliant un sujet à un objet. Le sujet s'exprime en interprétant le sens d'un objet, en affirmant sa perception de celui-ci. Moscovici (1984) parlait de « triade constitutive du regard psychosocial », composée par : moi – l'autre – l'objet. Le moi concerne en fait le sujet psychologique; l'autre désigne ses congénères et l'objet évoque la réalité extérieure, qui peut être autant une chose qu'un phénomène, pour ne donner que ces deux exemples. On ne peut donc dissocier ces trois éléments, car ils sont en étroite interrelation :

Les trois termes doivent être pris en compte à la fois, sous peine de réductionnisme, car il n'y a pas d'objet qui ne soit socialisé pour un sujet, pas de sujet même qui ne soit socialisé dans ses rapports au moindre objet, pas de partenaire qui ne soit repéré à partir des relations qu'il entretient avec moi et tel ou tel aspect du monde. (cité dans Rouquette, 1998 : 32)

Les représentations sociales peuvent ainsi être définies au sens large comme une forme de connaissance. La particularité de cette forme de connaissance est qu'elle voit le jour à même les interactions sociales entre les individus formant un groupe ou formant société. Elle permet de mieux comprendre la réalité et de s'approprier des explications au sujet de divers phénomènes. Commençons d'abord par présenter une définition de la représentation sociale que nous avons retenue en raison de son caractère qui nous paraissait plutôt exhaustif :

C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. Mais elle est tenue pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales. (Jodelet, 2003 : 53)

Le fait que cette forme de connaissance soit « socialement élaborée et partagée », qu'elle ait « une visée pratique » et qu'elle renvoie à « une réalité commune à un ensemble social » permet possiblement d'expliquer que c'est pour ces raisons que les représentations sociales ne sont ni seulement représentations, ni seulement représentations mentales, mais plus globalement représentations *sociales*. Comme le souligne Jodelet (2003), les représentations sociales sont un objet d'étude pertinent pour éclairer la vie sociale. Elles agissent comme des repères permettant de s'orienter dans la complexité de la vie et à ce sujet, elle précise que « *Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose.* » (p. 47).

Rouquette (1998), pour sa part, définit les représentations sociales ainsi : « *Façon de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos.* » (p. 31). Il précise qu'il y a trois aspects fondamentaux dans les représentations : le partage, l'appropriation et le guidage. Il entend par partage le fait que les représentations soient partagées socialement. Jodelet (2003) précise à ce sujet qu'il ne s'agit pas uniquement d'un partage via la communication au sens strict; ce partage peut aussi être effectué grâce aux liens sociaux et peut même permettre de renforcer ces derniers:

Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité. Les exemples ne manquent pas où cette fonction est évidente, ne serait-ce que dans la sphère religieuse ou politique. Le partage sert à l'affirmation symbolique d'une unité et d'une appartenance. L'adhésion collective contribue à l'établissement et au renforcement du lien social. (p. 67-68)

L'appropriation, deuxième aspect fondamental des représentations sociales, a aussi un caractère social. Rouquette (1998) décrit cet aspect comme suit : « *L'appropriation cognitive n'est donc pas une activité singulière, une construction personnelle, mais une pratique collective : elle serait incompréhensible sans la prise en compte des rapports sociaux.* » (p. 32). Enfin, par guidage il réfère au fait que la représentation offre des indices « *sur ce qui est normal ou anormal, légitime ou inacceptable, rare ou trivial, approprié ou inadéquat, etc.* » (p. 32). Il ajoute que la représentation permet d'expliquer les opinions et les comportements; « *non pas forcément leur détermination directe, mais leur justification.* » (p. 32).

Mannoni (2012) souligne qu'un autre aspect important au sujet des représentations sociales est le fait qu'elles n'ont pas besoin d'être vraies pour exister :

[...] on peut dire que les représentations sociales se prennent elles-mêmes pour la mesure de toute chose. La réalité n'est pas ce qu'elle est, mais ce qu'elles en font et c'est avec une superbe désinvolture qu'elles s'écartent de la connaissance vraie. Ce qui signifie qu'elles n'ont pas besoin de preuves pour être, qu'éventuellement elles tirent les preuves d'elles-mêmes, et que, sans se préoccuper d'être elles-mêmes prouvées, elles s'offrent à prouver les choses en dehors d'elles. (p. 5)

Notons également que les représentations sociales sont sujettes à changer, sous l'influence notamment des changements sociaux; elles peuvent même se modifier dans un temps assez court. C'est le cas, par exemple, de la toxicomanie :

Le regard social porté sur les conduites addictives a ainsi évolué du registre moral (la faute) au registre légal (le délit) avant d'atteindre le registre médical (la maladie) en passant par le registre existentiel (styles de vie, de D. Cormier, 1984). La mutation de la représentation sociale de la toxicomanie devient, en quelques années, plus clinique que morale ou pénale, et plus collective qu'individuelle. (Mannoni, 2012 : 79)



Ces changements dans les représentations de la toxicomanie sont similaires à ceux des représentations de la dépression, tel que nous en avons discuté dans le premier chapitre (Minois, 2003; Ehrenberg, 2001, 2008; Audrain, 2006). En effet, la dépression est passée du registre moral (culpabilité, paresse) au registre médical (maladie, handicap). Jadis, la société était régulée par des normes d'interdits et de discipline. De nos jours, notre société est davantage régulée par des normes de santé et par la responsabilité et l'initiative individuelles, ainsi que marquée par le positivisme dans les sciences. C'est ainsi que les représentations sociales de la dépression sont passées de « faute personnelle » à « maladie du siècle ». La prise en compte de ces changements sociaux peut permettre de comprendre en quoi le paradigme biomédical s'est instauré comme explication souveraine de la dépression et de son traitement (Ehrenberg, 2001). De plus, ces changements sociaux peuvent nous aider à cerner en quoi la pression à la performance qui est exercée sur les individus et l'injonction à trouver son « soi véritable » et à devenir autonome, en placent plusieurs en situation d'échec et provoquent le sentiment d'insuffisance. Ce sentiment de ne pas être à la hauteur des attentes peut ainsi fixer les bases sur lesquelles s'installera la dépression.

Maintenant que nous avons défini à grands traits ce que sont les représentations sociales, nous pouvons nous demander comment parvenir à les identifier? Jodelet (2003) donne des éléments de réponse à ce sujet :

Avec les représentations sociales nous avons affaire à des phénomènes observables directement ou reconstruits par un travail scientifique. [...] L'observation des représentations sociales est, en effet, chose aisée en de multiples occasions. Elles circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels ou spatiaux. (p. 48)

Nous pouvons aussi, nous enseigne Jodelet, reconnaître divers éléments à travers les représentations sociales : « *Dans leur richesse phénoménale on repère des éléments divers dont certains sont parfois étudiés de manière isolée : éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images, etc.* » (p. 52). Les représentations sociales sont un phénomène complexe qui englobe autant des aspects cognitifs que des aspects sociaux. Les cognitions ont un rôle à jouer dans leur constitution, autant que les fonctionnements des groupes sociaux avec leurs dynamiques et leurs interactions (Jodelet, 2003). Cela nous amène à spécifier que les sujets, soient les porteurs de représentations sociales, ne sont évidemment pas neutres :

On oppose souvent l'affectif et le cognitif comme s'il s'agissait de deux ordres différents. Mais dans la vie sociale, il est très difficile la plupart du temps de les discerner. Les jugements de valeur, par exemple, constituent bien une mise en œuvre engagée de la connaissance, une détermination affective du savoir, tout comme le sentiment du bien et du mal n'est pas dissociable de certaines conceptualisations et de certains types de raisonnement. L'affectif et le cognitif forment ainsi deux dimensions conjuguées : il n'est pas de pensée totalement froide ni d'émotion complètement aveugle, et l'étude des représentations ne saurait l'ignorer. (Rouquette, 1998 : 33)

L'individu n'est pas déconnecté de la culture à laquelle il appartient, tout comme cette culture agit, en quelque sorte, en lui et à travers lui : « *Aucun individu ne peut faire autrement pour construire son propre univers que d'emprunter à sa culture ce qui a du sens pour lui comme pour ses compagnons, qu'il en fasse un usage personnel restreint ou qu'il adopte une vision collective.* » (Mannoni, 2012 : 17).

Regardons maintenant quelles sont les diverses fonctions des représentations sociales. À prime abord, on peut dire que « *la représentation sert à agir sur le monde et autrui* » (Jodelet, 2003 : 61). Les représentations fournissent donc des repères pour

s'orienter dans le monde et pour se comporter face à ceux qui le composent. Mais il peut s'agir de s'orienter en fonction de choses très élémentaires, comme en fonction de choses plus complexes :

Leur fonction est la prescription d'attitudes, de conduites et de visions du monde et de l'humain, qu'il s'agisse des Droits de l'homme, des manières de se tenir à table ou de gérer ses fonctions naturelles, comme l'a bien montré, par exemple, N. Elias (1973). (Mannoni, 2012 : 89)

Sur le plan de la communication, elles « *permettent à la pensée de se constituer rapidement et économiquement* » (Mannoni, 2012 : 27). En effet, si nous n'avions pas recours aux outils cognitifs que nous procurent les représentations, « *il serait très coûteux de se faire comprendre, car on serait dans l'obligation, à chaque occasion et pour chaque question, pour que la communication soit intelligible, de définir au préalable l'objet dont on parle.* » (p. 27).

On dit aussi des représentations qu'elles ont une fonction identitaire (Jodelet, 2003; Mannoni, 2012). Abric (cité dans Grenon, Larose et Carignan, 2013 : 46) identifie quant à lui quatre fonctions aux représentations sociales :

- 1- Une **fonction de connaissance** de la réalité à travers un pré-codage et une intégration de l'information dans un cadre de référence commun et en cohérence avec les valeurs, normes et pratiques du groupe;
- 2- Une **fonction identitaire** permettant la définition et l'affirmation d'une appartenance ainsi que le positionnement par rapport aux autres groupes du champ social;
- 3- Une **fonction de guide** pour le comportement et pour les pratiques à travers la définition de la finalité de la situation, la production d'anticipations et d'attentes et la définition de ce qui est normatif ou contre-normatif au niveau de la conduite;



- 4- Une **fonction justificatrice** des opinions et des actions à l'égard des objets, mais aussi de la différenciation sociale.

Maintenant que nous avons vu quelques définitions et fonctions des représentations sociales, attardons-nous sur les différents modèles d'analyse de celles-ci.

#### 2.4 Les différents modèles d'analyse des représentations sociales

Grenon, Larose et Carignan (2013) mentionnent l'existence de trois principales orientations théoriques par rapport aux représentations sociales : l'orientation ethnographie de Jodelet, la théorie des principes organisateurs de Doise ainsi que la théorie du noyau central d'Abrie (p. 47). Mannoni (2012) quant à lui mentionne l'existence de quatre modèles d'analyse (p. 73) :

- 1- Le premier permet de concevoir chaque représentation comme une **molécule possédant un noyau central et des atomes** (schèmes périphériques) gravitant autour du noyau. Ce modèle moléculaire **s'inspire de la physique atomique**.
- 2- Le deuxième modèle pourrait être **emprunté à la biologie et notamment au phénomène de la coagulation** à l'occasion duquel des éléments normalement épars dans le sang sont amenés à se combiner pour générer un nouveau « produit » (le thrombus) en fonction des affinités physiologiques et des propriétés biochimiques particulières des éléments.
- 3- Le troisième modèle peut être **prosaïquement tiré de la tapisserie (ou de la mosaïque)**, les motifs figurés résultant du tissage des fils de diverses couleurs sur la trame. Il s'agit d'un **modèle dit systémique**.
- 4- Un quatrième modèle calqué sur les **observations astronomiques ferait apparaître les représentations sociales comme les constellations** qui, malgré leur nature virtuelle, n'en sont pas moins des repères (pour la navigation par exemple).

Ensuite, il est à noter que les représentations sociales seraient composées de trois unités fondamentales : les opinions, les attitudes ainsi que les stéréotypes (Moscovici, cité dans Negura, 2006). Ces unités fondamentales de la représentation sociale peuvent être définies comme suit :

Si les opinions sont en général dépourvues d'une connotation évaluative, en revanche, les attitudes sont caractérisées par une composante affective supplémentaire qui possède une direction et une intensité. Les stéréotypes sont des opinions figées qui sont le résultat d'un style de communication spécifique, la propagande. (Negura, 2006 : 4)

Pour les besoins de notre recherche, nous nous concentrerons uniquement sur les opinions des travailleurs sociaux par rapport à la dépression et à l'intervention. Ainsi, en nous concentrant sur leurs opinions, nous serons en mesure de capter certaines de leurs représentations sociales, ne serait-ce que partiellement. Notre but ne sera pas de dresser un portrait complet et exhaustif de leurs représentations sociales, mais plutôt de les explorer et d'en « prendre une photo » qui permettra en quelque sorte de les illustrer.

Negura (2006) établit la différence entre analyse du contenu et analyse de contenu (p. 4). À ce sujet, il précise que :

Si l'analyse du contenu se réfère à la représentation sociale, l'analyse de contenu se réfère au discours. Dans l'étude d'une représentation sociale par la méthode des entretiens, l'analyse de contenu des entretiens peut nous aider à faire l'analyse du contenu de la représentation sociale. (Negura, 2006 : 4)

Mais encore faut-il identifier des unités dans ce contenu : « *une unité ou un élément d'analyse doit correspondre à un message que la personne veut transmettre. Ces*

*éléments sont classés dans des catégories thématiques formalisables dans des affirmations simples, explicites et exhaustives.* » (Negura, 2006 : 4).

Ainsi, afin de répondre à notre question de recherche ainsi qu'à nos objectifs, nous allons dégager des unités simples, affirmatives et exhaustives, soient les opinions des travailleurs sociaux par rapport à la dépression ainsi que par rapport aux approches théoriques desquelles ils s'inspirent pour orienter leurs interventions.

## 2.5 Question et objectifs de recherche

Notre recherche visera à répondre à la question suivante : « Quelles sont les représentations sociales de la dépression chez des travailleurs sociaux intervenant dans les services de santé mentale du réseau public? ».

Comme le dit si bien Mongeau, « *Explorer signifie recenser les éléments permettant de rendre compte d'une situation méconnue* » (Mongeau, 2008 : 58). Nous avons donc comme objectif général d'explorer les représentations sociales de la dépression chez des travailleurs sociaux. Notre objectif général se décline en deux objectifs spécifiques:

- 1) Identifier et analyser les opinions de travailleurs sociaux en lien avec la dépression, ses causes et ses manifestations;
- 2) Identifier et analyser leurs diverses opinions des approches théoriques qui les inspirent pour intervenir.



## 2.6 Pertinence sociale et scientifique de la recherche

Plusieurs études ont été réalisées au sujet des représentations sociales de la dépression, par exemple celle de Tremblay (2012) chez des médecins, des étudiants et des patients. Aucune ne semble avoir été réalisée chez des travailleurs sociaux. Des études portant sur les représentations sociales des travailleurs sociaux existent certes, mais elles n'abordent pas la dépression; elles visent plutôt les représentations sociales d'autres phénomènes tels que la punition corporelle, les familles à risque, la toxicomanie, etc. Notre recherche semble donc répondre à un certain besoin puisque les représentations sociales de la dépression n'ont à ce jour pas été étudiées chez les travailleurs sociaux spécifiquement.

Pourtant, ces professionnels sont fréquemment appelés à intervenir auprès d'individus souffrant de dépression. En effet, la plupart des travailleurs sociaux du réseau public se trouvent à intervenir en première ligne, étant donné l'organisation des services de santé et de services sociaux qui orientent la grande majorité des patients vers ces services plus généraux. C'est seulement si la problématique de santé mentale du patient est beaucoup plus complexe qu'on le réfèrera aux services spécialisés de deuxième ou de troisième ligne.

Ainsi, les travailleurs sociaux œuvrant en CLSC, particulièrement dans les services de santé mentale adulte, auront régulièrement affaire à des individus souffrant de dépression. La dépression étant un des troubles de santé mentale les plus répandus, il est normal que les troubles dépressifs soient parmi plusieurs des motifs de consultation auprès des travailleurs sociaux en CLSC. Les travailleurs sociaux ont donc tout intérêt à être préparés pour intervenir auprès de ces individus. De plus, le risque suicidaire faisant partie de bien des dépressions, il est capital d'avoir des connaissances qui permettent d'intervenir d'une manière qui vise également à déceler

et à prévenir ce risque. Aussi, puisque la dépression se caractérise par un manque d'énergie et de motivation, il peut être difficile de convaincre un individu souffrant de dépression de se mobiliser pour améliorer ses conditions de vie. Il s'agit donc d'un trouble de santé mentale complexe, avec lequel il n'est pas nécessairement simple de composer en intervention.

Développer un projet de recherche au sujet des représentations sociales de travailleurs sociaux sur la dépression nous apparaissait donc comme étant pertinent et utile pour pouvoir mettre en discussion certains fondements de la pratique dans ce domaine. Cela est d'autant plus pertinent que les travailleurs sociaux doivent faire reconnaître la spécificité de leurs compétences en ce qui a trait au domaine de la santé mentale, et peut-être encore plus face au phénomène social fortement médicalisé qu'est la dépression. Les représentations sociales des travailleurs sociaux œuvrant dans le réseau public peuvent donc nous renseigner sur leurs connaissances par rapport à la dépression et à l'intervention. Étudier les représentations sociales revient à étudier un objet riche en significations possibles :

Il s'agit d'une connaissance « autre » que celle de la science mais qui est adaptée à, et corroborée par, l'action sur le monde. Sa spécificité dont rendent compte une formation et des finalités sociales, est un objet d'étude épistémologique non seulement légitime mais nécessaire pour comprendre pleinement les mécanismes de la pensée et pertinent pour traiter du savoir scientifique lui-même... (Jodelet, 2003 : 63)

En participant à nos entrevues de recherche, les travailleurs sociaux peuvent en tirer certains bénéfices notamment en profitant de cette occasion pour réfléchir à leurs pratiques. Cela pourrait leur permettre, entre autres, de re-contextualiser leurs connaissances, leurs forces et leurs limites par rapport aux individus souffrant de dépression ainsi que de leur donner possiblement l'élan pour chercher à les modifier ou à les approfondir. De plus, étant donné que nous leur demandons au cours de

l'entrevue de nous présenter une histoire de cas tirée de leur pratique, cela pourrait leur donner l'opportunité d'effectuer une analyse rétroactive des stratégies d'intervention qu'ils avaient alors employées. En effet, le temps qui s'est écoulé entre la période de leurs interventions et le moment de l'entrevue permet une certaine distance temporelle qui peut s'avérer être bénéfique pour la réflexion après coup.

Les travailleurs sociaux, nous l'avons vu, ont un rôle important dans l'intervention auprès des individus souffrant de dépression. Étant donné la gravité potentielle des dépressions, notamment les risques de suicides qui y sont associés, mais aussi étant donné la capacité des travailleurs sociaux d'intervenir sur plusieurs systèmes à la fois, étudier leurs représentations sociales de la dépression peut s'avérer être pertinent pour les connaissances scientifiques à ce sujet. Effectivement, connaître mieux les représentations sociales ainsi que les assises théoriques qui influencent et améliorent les interventions sociales auprès d'individus ayant un trouble de santé mentale aussi répandu dans la société peut permettre de procurer de nouveaux outils en faveur de l'amélioration des pratiques. De plus, les connaissances que nous en tirerons personnellement pourront également nous servir dans notre éventuelle carrière. Il s'agit pour nous d'une opportunité de nous former davantage en nous exposant à un nombre important d'années d'expérience, à travers les entrevues de recherche auprès de plusieurs travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine de la santé mentale. En devenant une professionnelle mieux informée et mieux outillée pour aider les individus souffrant de dépression, nous pourrions ainsi apporter une meilleure contribution à la profession et possiblement étendre ces connaissances à d'autres problématiques de santé mentale.



## CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous discuterons maintenant de la méthodologie que nous avons privilégiée pour rencontrer nos objectifs de recherche. Après avoir décrit les méthodes de recrutement que nous avons utilisées, nous présenterons notre échantillon ainsi que la technique de collecte de données que nous avons utilisée. Ensuite, nous présenterons les considérations éthiques inhérentes à cette recherche, ainsi que la méthode d'analyse sur laquelle nous nous sommes basée pour explorer les représentations sociales de la dépression chez les travailleurs sociaux que nous avons interviewés. Nous terminerons ce chapitre en exposant les limites de cette étude.

### 3.1 Type d'étude, population à l'étude et recrutement

Étant donné notre objectif général de recherche qui est d'explorer les représentations sociales de la dépression chez des travailleurs sociaux, et que par ailleurs, c'est un objet de recherche non encore investigué, une étude exploratoire effectuée avec une méthodologie qualitative est tout à fait appropriée. Cela nous a permis d'aller chercher le sens du discours de quelques travailleurs sociaux qui ont un certain nombre d'années d'expérience en intervention en santé mentale, notamment auprès d'adultes souffrant de dépression majeure. Ces professionnels se retrouvent dans les services de première ligne tels que dans les CLSC, les cliniques de réseaux intégrés, les cabinets privés ainsi que dans certains organismes communautaires spécialisés en santé mentale. Ils se retrouvent également dans les services spécialisés de deuxième

et de troisième ligne, tels que dans les hôpitaux psychiatriques et les cliniques externes en psychiatrie.

La population visée par la présente étude était donc les travailleurs sociaux professionnels pratiquant dans le réseau public à Montréal, dans les services de première, deuxième ou troisième ligne. Nous avons longuement réfléchi à l'idée d'inclure dans cet échantillon les travailleurs sociaux pratiquant dans le milieu communautaire, mais étant donné que nous nous intéressions aux professionnels œuvrant au sein d'équipes multidisciplinaires, composées de psychiatres et d'infirmières, il y avait plus de chances que nous les retrouvions dans le réseau public. De plus, le milieu communautaire étant assez différent du réseau public, notamment dans son mode de fonctionnement, sa philosophie et ses politiques, nous avons décidé de nous concentrer seulement sur le réseau public. Enfin, notre échantillon étant de petite taille, nous n'aurions pas pu rendre justice à la spécificité de chaque univers de travail (public/communautaire), si nous les avions inclus les deux dans notre recrutement.

Ensuite, étant donné que nous cherchions à identifier les opinions des travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la santé mentale, nous avons considéré qu'une expérience d'au moins une année de pratique était nécessaire pour qu'ils puissent répondre à nos questions avec l'élaboration souhaitée. Une formation de niveau universitaire en travail social était aussi nécessaire, étant donné que les entrevues de *counseling* doivent être menées par des professionnels détenant cette formation. Également, il était nécessaire que ces travailleurs sociaux interviennent auprès d'adultes puisque notre objet de recherche portait sur la dépression chez les adultes. Notons au passage que la majorité des dépressions sont diagnostiquées entre l'âge de 18 et 50 ans. Étant donné toutes les raisons que nous venons d'énumérer, notre échantillon était donc de nature non probabiliste et de type « par choix raisonnés » (Contandriopoulos et al, 1990).

Par rapport à la taille de l'échantillon, nous pensions que la participation de six travailleurs sociaux allait être suffisante pour accéder à une certaine diversité. Nous avons obtenu une réponse très favorable suite à notre courriel de recrutement, ce qui a fait en sorte que nous avons accepté tous les travailleurs sociaux répondant à nos critères d'échantillonnage. Bien que notre échantillon fût assez petit, nous rencontrions quand même notre objectif général qui était d'explorer les représentations sociales de travailleurs sociaux intervenant auprès d'adultes en dépression, sans pour autant prétendre à la généralisation.

Pour recruter nos participants, nous avons dans un premier temps envoyé un courriel à quelques-unes de nos collègues étudiantes de l'UQAM, en leur demandant de nous référer si possible à un ou une de leurs collègues de travail pratiquant en santé mentale, dans un CLSC ou dans un hôpital psychiatrique. Ensuite, nous avons téléphoné à quelques CLSC sur l'île de Montréal qui offrent des services en santé mentale adulte, ainsi qu'à tous les hôpitaux psychiatriques du territoire. Lors de notre appel, nous avons demandé à parler aux chefs des services de santé mentale; nous avons dans plusieurs cas laissé des messages vocaux. Nous leur avons expliqué les grandes lignes de notre projet de recherche et nous leur avons fait parvenir par courriel notre formulaire d'information et de consentement (voir annexe II) ainsi que notre guide d'entretien semi-dirigé (voir annexe I). Nous les avons invités à discuter de notre projet avec les travailleurs sociaux de leur équipe et à nous rappeler avec le nom et les coordonnées d'un professionnel pouvant être intéressé à participer à notre recherche. Parallèlement à ces appels et courriels, nous avons contacté une employée du bureau de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), qui a, avec enthousiasme, accepté d'envoyer à tous les membres un courriel de recrutement en notre nom.



Nous avons ensuite pris contact par téléphone avec chacun des professionnels ayant manifesté leur intérêt à participer. Nous avons pris soin de leur présenter les objectifs de notre projet de recherche et nous avons répondu à toutes leurs questions. Nous leur demandions ensuite de se préparer à l'entrevue en choisissant un cas qu'ils ont rencontré dans leur pratique, passée ou présente, et autour duquel nous allions effectuer une partie de l'entrevue de recherche. Nous avons spécifié aux professionnels la nécessité de donner un nom fictif à la personne (ou au groupe de personnes) faisant l'objet de l'histoire de cas et de ne pas donner des détails trop personnels permettant d'identifier cette (ou ces) personne(s). Nous leur avons suggéré de réfléchir à ce cas en fonction de quatre thèmes (voir section suivante), que nous leur avons fait parvenir par courriel. Lors de ce premier contact téléphonique, nous avons tout de suite pris rendez-vous pour l'entrevue, qui avait lieu à l'endroit désiré par les travailleurs sociaux.

### 3.2 Technique de collecte des données et déroulement des entrevues

L'entrevue semi-dirigée nous a permis de discerner les représentations sociales de la dépression chez les travailleurs sociaux. Chaque entrevue commençait par des questions d'ordre général, visant à dresser le portrait de chaque professionnel interviewé. Ensuite, nous demandions au professionnel de nous décrire une histoire de cas qu'il avait rencontrée dans sa pratique, en répondant aux quatre questions suivantes : 1) pouvez-vous me résumer une histoire de cas rencontrée dans votre pratique; 2) pouvez-vous me résumer des objectifs qui avaient été travaillés avec la personne (ou avec le groupe de personnes); 3) comment s'était terminée l'intervention et 4) si l'intervention était toujours en cours, comment il envisageait la « suite des choses »?

Le fait de s'intéresser en début d'entrevue à un cas rencontré dans sa pratique avait pour but de regarder comment le professionnel avait travaillé avec cette situation et non tous les tenants et aboutissants de la situation en tant que telle. Il s'agissait d'une belle entrée en matière pour approfondir par la suite les représentations sociales de la dépression. Nous avons demandé au professionnel de réfléchir à l'histoire de cas avant l'entrevue, dans le but de faciliter la restitution de ses souvenirs, surtout si cette situation datait de plusieurs mois ou années.

Après avoir écouté le récit de la situation correspondant à l'histoire de cas, nous avons posé des questions au professionnel. Elles avaient pour but de faire ressortir les différentes représentations qu'il pouvait avoir au sujet de la dépression, de ses causes, de ses manifestations, ainsi que des approches théoriques desquelles il s'inspire pour intervenir. Afin de parvenir à cerner ces représentations, nous lui avons posé des questions ouvertes du type : « Comment expliquez-vous la dépression de cette personne (ou de ce groupe de personnes)? », « Intervenir auprès de cette personne (ou de ce groupe de personnes) vous a peut-être fait vivre certaines émotions; pourriez-vous m'en parler? » ou encore « Que pensez-vous de la façon dont cette personne (ou ce groupe de personnes) réagissait à sa dépression? ». Nous avons ainsi laissé parler le professionnel le plus possible tout en lui manifestant notre écoute active, afin d'aller chercher un maximum d'informations pertinentes. En fait, les représentations sociales ne sont pas nécessairement explicites et peuvent être utilisées par l'intervenant sans même que celui-ci s'en rende compte. Au fil des réponses des interviewés, nous avons donc rajouté d'autres questions de précision ou d'approfondissement. Pour les professionnels parlant moins, ces questions les aidaient à élaborer davantage leur pensée. Il nous a fallu être très attentive à tout ce que nous ont dit les interviewés, afin de penser à des questions d'approfondissement judicieuses.

Toutes nos entrevues de recherche se sont déroulées durant le jour, sur le lieu de travail de chaque professionnel. Avant de débiter l'entrevue, nous relisons le formulaire de consentement à la recherche avec le participant et lui demandons de le signer. La plupart des participants avaient déjà lu ce formulaire puisqu'il leur avait été transmis par courriel quelques jours avant l'entrevue. La durée des entrevues a varié entre 55 et 106 minutes, avec une durée moyenne de 83 minutes par entrevue. Elles ont été enregistrées numériquement sur tablette informatique à l'aide d'une application appelée *Tape Machine* et ont été protégées avec un mot de passe. Le consentement à l'enregistrement sonore a été obtenu de chaque interviewé. L'enregistrement nous a permis d'éviter d'avoir à prendre des notes, d'être pleinement disponible pour écouter les professionnels interviewés et de réfléchir au fur et à mesure à des questions d'approfondissement.

Nous avons effectué une entrevue-test afin d'éprouver notre guide d'entretien et d'y apporter au besoin des clarifications ou des ajouts. Après une écoute en profondeur de l'entretien et une première analyse en lien avec notre cadre théorique, éléments soumis à notre directeur de recherche pour approbation, nous avons décidé de conserver notre guide d'entretien tel quel. Cette première entrevue fait donc partie de notre corpus d'analyse.



### 3.3 Considérations éthiques

Sur le formulaire de consentement, il est précisé de quelle manière sera respectée la confidentialité des participants. Par exemple, le nom de l'établissement où travaille chacun des interviewés ne sera pas mentionné dans la présentation et l'analyse des résultats. Nous mentionnerons uniquement le type d'établissement (CLSC ou hôpital psychiatrique), mais jamais nous ne préciserons lequel. Des données sociales de base permettront de dresser un portrait des interviewés (âge, nombre d'années d'expérience en santé mentale, expériences antérieures et formation académique), dans l'unique but de présenter les caractéristiques de notre échantillon. De même, des noms fictifs seront donnés à chacun des interviewés ainsi qu'aux personnes impliquées dans les situations cliniques faisant l'objet des entrevues.

En ce qui a trait aux enregistrements sonores des entrevues, ceux-ci ont été détruits dès que la transcription des verbatim fût complétée. Ces verbatim ont été transcrits dans le logiciel *Word* et tous les fichiers ont été identifiés avec la date de l'entrevue et le nom fictif du professionnel interviewé. Tous les fichiers ont été conservés de manière confidentielle, dont seule la responsable du projet connaissait le mot de passe. Une fois terminée la rédaction des chapitres ayant trait à la présentation et à l'analyse des données, ces fichiers ont été supprimés.

En ce qui a trait aux risques pour les participants, nous croyons que ces entrevues ne leur ont pas causé d'inconfort émotionnel important. Certaines questions pouvaient toutefois réveiller en eux des émotions désagréables, telles que celle leur demandant de nous parler de comment ils s'étaient sentis par rapport à la personne en dépression. Par exemple, si un professionnel nous parlait d'une personne dépressive auprès de laquelle il était intervenu et qui avait fait une tentative de suicide, il se pouvait qu'il fût encore habité par des sentiments de culpabilité, de tristesse, d'impuissance ou de colère. Dans le formulaire de consentement, nous avons mentionné ces risques et

nous avons clairement informé le professionnel du fait qu'il avait la liberté de refuser de répondre aux questions s'il les jugeait trop inconfortables.

### 3.4 Méthode d'analyse

Pour analyser les données recueillies à partir de nos entrevues semi-dirigées, nous avons effectué une « analyse de contenu constitué de type mixte » (Mayer et coll., 2000). Cela signifie que, d'une part, nous avons prédéterminé certains thèmes à couvrir lors des entrevues et que d'autre part, nous avons laissé de nouveaux thèmes émerger en cours d'entretien, afin d'élargir notre compréhension des phénomènes étudiés. Ce dosage entre thèmes prévus et thèmes à découvrir nous semblait être un choix judicieux, vu la nature de notre recherche qui visait à explorer les représentations sociales des travailleurs sociaux intervenant auprès d'individus en dépression.

Concrètement, nous avons fait une analyse verticale des six entrevues, en fonction de trois grands thèmes : les caractéristiques des milieux de travail et leurs pratiques d'intervention; les opinions au sujet de la dépression, ses causes, ses manifestations, ainsi que les opinions sur les approches théoriques desquelles les travailleurs sociaux s'inspirent pour intervenir. Une fois nos six entrevues analysées verticalement selon ces thèmes, nous avons fait une analyse horizontale de l'ensemble de celles-ci.

### 3.5 Limites de l'étude

Avec un échantillon de six participants, il est évident que nous ne pouvons prétendre pouvoir généraliser les résultats de notre recherche. De plus, la diversité que l'on atteint avec six entretiens ne suffit pas à tirer des conclusions fiables, puisque cette

même diversité peut être tout simplement due à la petite taille de l'échantillon, comme l'expliquent Grenon, Larose et Carignan (2013) :

Les grands échantillons représentent des défis, mais les échantillons plus restreints comportent eux aussi leur lot de problèmes. L'analyse du discours auprès d'échantillons petits peut subir plus facilement l'influence de variations individuelles de la part des participants. De plus, puisque la richesse du vocabulaire y est généralement plus faible, le recours à des mots plus recherchés amène de la variance individuelle plus grande. (p. 45)

Finalement, nous ne pouvons prétendre saisir toute la complexité des représentations sociales et théoriques, à partir du discours de six travailleurs sociaux, recueilli lors d'entrevues d'une durée d'environ une heure trente. En effet, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans la formation des représentations sociales et il se pourrait que le contexte même de l'entrevue ait fait en sorte que certains professionnels ne nous ont pas tout dit au sujet de leurs opinions, notamment par désir de demeurer « loyaux » à leur identité professionnelle. Il se pourrait que dans leur vie personnelle, ils aient des opinions différentes par rapport à la dépression que celles qu'ils ont dans leur travail, puisque leur rôle est d'apporter un support professionnel à des individus souffrant de problèmes de santé mentale. Dans leur vie personnelle et familiale, ils n'ont bien entendu pas le même rôle. Ainsi, durant le court moment d'une entrevue, nous ne pouvons saisir l'ensemble de la dynamique, mais seulement obtenir un portrait de la situation :

Les manifestations concrètes des représentations sociales sont sûrement marquées par toutes ces pré-conditions. Par conséquent, l'analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale ne peut pas suffire pour déchiffrer tous les facteurs impliqués dans la genèse représentationnelle. Le rôle de l'analyse de l'ancrage consiste à compléter notre étude des représentations sociales en intégrant dans l'analyse l'étude du contexte de production d'un discours. (Negura, 2006 : 10)



## CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le présent chapitre a pour but de répondre à nos deux objectifs spécifiques de recherche, soient, dans un premier temps, d'identifier et d'analyser les opinions de travailleurs sociaux en lien avec la dépression, ses causes et ses manifestations et, dans un second temps, d'identifier et d'analyser leurs diverses opinions des approches théoriques qui les inspirent pour intervenir. Ce chapitre débutera par une présentation des participants à la recherche. Puis, suivra une description de leur milieu de travail, soient les objectifs des programmes au sein desquels ils exercent leur pratique, les services qui y sont offerts ainsi que les approches qui y sont préconisées. Nous présenterons ensuite les opinions des six travailleurs sociaux au sujet de la dépression, de ses causes, de ses manifestations et des approches théoriques desquelles ils s'inspirent pour orienter leur pratique.

### 4.1 Caractéristiques générales des participants

Nos six participants, tous travailleurs sociaux, étaient âgés entre 33 et 62 ans, la moyenne d'âge se situant à 42 ans; trois étaient dans la trentaine, deux dans la quarantaine et un au début de la soixantaine. Parmi ces six professionnels, il y avait cinq femmes et un homme. Cinq pratiquaient en CLSC, une en hôpital psychiatrique. Le fait que la majorité de nos participants œuvraient en CLSC pourrait s'expliquer par nos critères d'échantillonnage qui comprenaient notamment le fait de travailler en équipe multidisciplinaire, en santé mentale et dans le réseau public. La majorité des cas de dépression étant référés vers les CLSC par les médecins, il n'est pas étonnant que la plupart des travailleurs sociaux répondant à nos critères pratiquaient au sein de ces établissements de première ligne.

Nos participants détenaient entre sept et vingt-et-un ans d'expérience en intervention en santé mentale, la moyenne atteignant douze ans. Seulement deux professionnels avaient moins de dix ans d'expérience, tandis que les quatre autres avaient dix ans et plus d'expérience. Parmi les approches théoriques qu'ils ont les plus citées pour intervenir, on retrouve l'*empowerment*, l'approche systémique, l'approche cognitivo-comportementale, la psychanalyse, la biochimie du cerveau, l'approche centrée sur les solutions ainsi que le rétablissement en santé mentale.

#### 4.2 Caractéristiques spécifiques des participants

Dans cette section, nous présenterons les participants de notre étude afin de dresser un portrait de ceux-ci. Il sera question notamment de leur âge, de leur sexe, de leur milieu de travail actuel, du nombre d'années d'expérience en santé mentale, de leurs expériences de travail, de leurs formations ainsi que de leurs motivations à devenir travailleurs sociaux. Le tableau 4.2 en fin de section résumera certaines des caractéristiques décrites dans leur portrait.

#### 4.2.1 Claire

Claire a 36 ans et travaille dans le domaine de la santé mentale depuis seize ans. Elle a travaillé dans le milieu communautaire ainsi qu'en CLSC, avant de poursuivre sa carrière dans un hôpital psychiatrique. Elle possède de multiples formations académiques : baccalauréat en service social, certificat en gestion des services de santé et services sociaux, maîtrise en sexologie clinique, maîtrise en psychoéducation ainsi qu'une maîtrise en droit et politiques de la santé. Claire dit adorer travailler en santé mentale et affirme en souriant : « *La santé mentale, facile d'y rentrer, pas facile d'en sortir!* ». Elle dit poursuivre constamment sa formation, notamment en assistant à chaque année à plusieurs colloques au sujet de problématiques de santé mentale.

#### 4.2.2 Selma

Âgée de 46 ans, Selma possède 21 ans d'expérience en intervention en santé mentale. Elle a fait des études en éducation spécialisée, avant de faire son baccalauréat en travail social. Elle a débuté sa carrière en tant que déléguée à la protection de la jeunesse. Ensuite, elle a travaillé en pédopsychiatrie externe, avant d'œuvrer en santé mentale adulte dans un CLSC, où elle est à la fois travailleuse sociale, coordonnatrice professionnelle et consultante. Elle a mis sur pied un groupe de soutien pour les parents atteints d'une maladie mentale ainsi que pour leur(s) enfant(s). Les parents y développent leurs habiletés parentales et y travaillent leur relation avec leurs enfants, tandis que les enfants ont un espace à eux au sein duquel ils peuvent s'exprimer et essayer de comprendre notamment que ce n'est pas de leur faute si leur parent est malade.



#### 4.2.3 Noémie

Noémie est âgée de 33 ans et détient onze années d'expérience en santé mentale. Elle a complété une maîtrise en travail social. Elle explique que son choix de carrière est dû à un concours de circonstances car depuis qu'elle était petite, elle voulait devenir dentiste. Elle raconte qu'étant donné qu'elle n'avait pas les notes qu'il fallait pour continuer ses études en sciences, elle a opté pour le travail social après avoir rencontré une femme qui exerçait cette profession : *« Et là j'ai rencontré une travailleuse sociale en faisant du bénévolat et puis là j'ai eu un coup de cœur pour l'humanité que cette femme-là avait, pour la passion qu'elle avait pour son travail et puis j'ai comme sauté à pieds joints là-dedans, dans le travail social »*. Après avoir travaillé pendant dix ans dans un hôpital psychiatrique, Noémie est, depuis un an, travailleuse sociale dans un CLSC.

#### 4.2.4 Nathalie

Nathalie, âgée de 35 ans, est travailleuse sociale depuis quatorze années, dont les sept dernières en santé mentale. Elle dit que ce qui l'intéressait au secondaire, c'était la physique pure et le génie. Elle lisait beaucoup, particulièrement des livres sur la psychanalyse; elle précise que *« c'étaient des intérêts bizarres pour une fille en science »*. En débutant ses études en génie physique, elle raconte avoir eu un choc : *« puis je me suis dit que dans la société on n'avait pas besoin de plus de technologie de pointe, qui sert finalement à de l'armement, mais qu'on avait besoin de plutôt réfléchir sur où on s'en allait et de plus d'humanité »*. Elle a d'abord travaillé auprès de jeunes de la rue, avant d'œuvrer dans un programme santé mentale dans un CLSC, où elle est en charge de l'animation des discussions cliniques, en plus de donner du *coaching* à des intervenants communautaires. Elle a un baccalauréat en travail social

ainsi qu'une formation de cinq ans en investigation psychodynamique brève, qu'elle a effectuée dans une école privée. Elle explique que c'est « *une approche d'investigation en quatre rencontres, qui allie les théories systémique puis psychodynamique, pour voir avec la personne qu'est-ce qu'elle veut de son suivi* ». Elle précise qu'elle était la seule travailleuse sociale dans le groupe; les autres participants étaient surtout des psychologues et des psychiatres-psychanalystes.

#### 4.2.5 Louis

Âgé de 62 ans, Louis dit être « un jeune travailleur social » avec ses dix années d'expérience en intervention en santé mentale. Il a d'abord fait une maîtrise en arts plastiques. Il dit avoir fait beaucoup de choses dans sa vie et affirme que tout ce qui était marginal l'intéressait particulièrement. Il dit qu'il était sensible à beaucoup de choses socialement et il sentait qu'il pouvait faire une différence. Pour réussir à gagner sa vie adéquatement avec ses études en arts plastiques, il a travaillé à temps partiel comme secrétaire dans un bureau de médecin. Il raconte qu'il aimait écouter les patients et que ces derniers l'appelaient plutôt pour lui parler de leurs problèmes personnels, au lieu de leurs problèmes de santé. Ayant eu de la difficulté à survivre dans ce domaine, particulièrement après la naissance de son enfant, il dit avoir cherché de nouvelles issues. Il raconte avoir eu une crise existentielle; il dit avoir toujours été quelqu'un qui se questionnait beaucoup et qui cherchait du sens à la vie. Il est donc allé consulter un orienteur, ce qui lui a permis de se rendre compte que le travail social lui conviendrait. C'est ainsi qu'à l'âge de 52 ans, Louis est retourné sur les bancs d'école afin de compléter un baccalauréat en travail social. Il dit que ce choix s'est fait à partir du constat que pour lui, le monde dans lequel on vit n'est pas satisfaisant et qu'il souhaitait faire une petite différence en apportant sa contribution

dans la vie des gens en difficultés. Il a d'abord travaillé pour un hôpital psychiatrique, avant de se retrouver en CLSC, où il œuvre toujours.

#### 4.2.6 Lise

Lise a 41 ans et travaille en intervention en santé mentale depuis huit ans. Elle a un diplôme d'études professionnelles en auxiliaire familiale, un baccalauréat en travail social et un autre « multi » (en adaptation scolaire, cheminement particulier). Elle dit avoir choisi d'orienter sa carrière en travail social parce qu'elle aime l'être humain, elle aime intervenir et comme elle dit, sa « *drive* c'est vraiment l'intervention ». Elle a d'abord travaillé en déficience intellectuelle comme intervenante communautaire dans les résidences. Puis, elle a été auxiliaire familiale auprès de personnes âgées; elle dit qu'à partir de ce moment-là, c'est devenu clair pour elle qu'elle voulait faire son baccalauréat en travail social. Avant d'œuvrer en CLSC, elle a travaillé comme intervenante auprès de femmes victimes de violence ainsi que dans un groupe d'entraide en santé mentale, où elle a fait du suivi communautaire pour un hôpital psychiatrique.



Tableau 4.2 Certaines caractéristiques des travailleurs sociaux de notre échantillon

Participants	Milieu de travail actuel	Années d'expérience en santé mentale	Approches théoriques les inspirant
Claire 36 ans	Hôpital psychiatrique	16	Approche cognitivo-comportementale, psychoéducation, intervention en situation de crise, approche systémique/interactionnelle, approche biopsychosociale, <i>empowerment</i> , réadaptation, biochimie du cerveau et entretien motivationnel.
Selma 46 ans	CLSC	21	Approche cognitivo-comportementale, théorie systémique, approche psychodynamique, <i>empowerment</i> et rétablissement en santé mentale.
Noémie 33 ans	CLSC	11	Approche centrée sur les solutions, biochimie du cerveau, repères psychanalytiques, approche cognitivo-comportementale, théorie systémique et <i>empowerment</i> .
Nathalie 35 ans	CLSC	7	Approche psychodynamique, approche biopsychosociale, <i>empowerment</i> , théorie systémique et thérapie des schémas.
Louis 62 ans	CLSC	10	Biochimie du cerveau, <i>empowerment</i> , approche centrée sur les solutions, approche humaniste, « triade de Masterson », repères psychanalytiques, théorie systémique et rétablissement en santé mentale.
Lise 41 ans	CLSC	8	<i>Empowerment</i> , approche cognitivo-comportementale, approche orientée vers les solutions, rétablissement en santé mentale et féminisme.

### 4.3 Description des milieux de travail

Avant d'entrer dans le vif du contenu des représentations sociales de nos participants, il serait pertinent de connaître le cadre organisationnel dans lequel leurs interventions prennent place et qui peut influencer leurs opinions.

#### 4.3.1 Objectifs des programmes

Rappelons d'abord que tous les travailleurs sociaux que nous avons interviewés œuvrent dans des programmes de santé mentale adulte. Cinq travaillent en CLSC, alors qu'une seule travaille dans un hôpital psychiatrique, pour un programme spécialisé en troubles de l'humeur. La plupart nous ont nommé le rétablissement comme objectif de leur programme, sauf Louis qui a plutôt parlé de « maintien dans la communauté ». Certains participants ont également parlé de « rétablir le fonctionnement global de la personne » (Lise), de « rétablir un rythme de vie sain » (Claire) ou encore de « développer l'autonomie de la personne et favoriser sa responsabilisation » (Selma).

Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon ont des délais maximaux à respecter pour les suivis qu'ils offrent aux destinataires de l'intervention, sauf pour Selma qui dit que la chef du programme fait confiance en leur jugement professionnel. Ces délais, aussi appelés « épisodes de services », varient de deux mois (Claire) à six mois (Lise), voir même jusqu'à un an dans certains cas (Noémie, Nathalie et Louis), à raison de 15 à 20 rencontres au total. Plusieurs des travailleurs sociaux de notre échantillon (4) sont également gestionnaires de cas pour certains de leurs clients (Louis, Noémie, Nathalie et Lise); ils leur offrent ainsi un suivi à long terme. Il s'agit normalement de destinataires ayant des troubles de santé mentale sévères et persistants. La dépression est un trouble de santé mentale qui entre habituellement

dans la catégorie des troubles transitoires et pour lesquels les destinataires peuvent recevoir de 15 à 20 séances avec le travailleur social.

Un seul travailleur social, Louis, nous a parlé du *Lean Management* comme méthode de gestion des services sociaux prônée dans son programme. Il décrit cela comme une approche qui s'inspire des usines de montage automobile japonaises et américaines. Il dit qu'il s'agit de perdre le moins de temps possible avec les clients : « *De plus en plus on s'en va vers le good enough; pas trop d'objectifs, un ou deux. De toute façon ça fait des années qu'il vit avec son problème, puis bon ça va continuer* ». Il dit trouver qu'il y a quelque chose de contradictoire entre cette façon de faire et l'objectif de maintien dans la communauté.

Claire, pour sa part, nous mentionne que le contexte dans lequel les clients arrivent dans son programme fait en sorte qu'ils ne sont pas toujours prêts à travailler sur eux-mêmes : « *Donc la conjoncture, le contexte que, ben faut sortir le monde de l'hôpital, ça pousse à la porte faque bon, on les emmène de plus en plus poqués, dans le sens qu'ils ne sont pas toujours prêts, prêts, prêts à arriver ici* ». Étant donné que les clients lui sont envoyés de plus en plus tôt et que leur état n'est pas toujours stabilisé, Claire dit qu'ils ont souvent des idées suicidaires encore très omniprésentes.

Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon travaillent en équipe multidisciplinaire avec des psychologues, des infirmières, des médecins généralistes et des psychiatres. Les travailleurs sociaux sont majoritaires dans la plupart des équipes, sauf dans deux pour lesquelles les psychologues sont soit en plus grand nombre (Noémie), soit en nombre équivalent (Louis). Tous nos participants sont membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), dont une (Claire) qui est en plus membre de l'Ordre professionnel des psychoéducateurs du Québec (OPPQ).



#### 4.3.2 Services offerts et approches théoriques préconisées

Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon font de l'intervention individuelle. Certaines, Claire et Selma, font également de l'intervention de groupe. Les groupes que co-anime Claire à l'hôpital psychiatrique où elle travaille portent sur la thérapie des schémas, l'estime de soi, la nutrition, le rôle des neurotransmetteurs dans la régulation de l'humeur, l'activité physique, la relaxation, la visualisation ainsi que la *mindfulness*<sup>6</sup>. Les groupes qu'anime Selma, au CLSC où elle travaille, portent sur l'estime de soi des enfants ainsi que sur les stratégies éducatives de leurs parents ayant des troubles de santé mentale. Rappelons qu'il s'agit d'un groupe impliquant à la fois les parents et leurs enfants. Noémie et Lise, pour leur part, ont parlé de l'approche centrée sur les solutions comme étant préconisée dans leur CLSC. Noémie explique : « *dans cette approche-là on vient identifier quel type de client on a devant nous. On as-tu quelqu'un qui est très "acheteur", donc qui est très motivé à s'en sortir, ou on a quelqu'un qui est plus "plaignant"?* ».

Noémie nous a également parlé des approches cognitivo-comportementales ainsi que systémique, en affirmant que ce sont des « approches de fond » que tous les professionnels de son équipe utilisent. Elle mentionne que plusieurs des psychologues de son équipe, qui sont plus nombreux que les travailleurs sociaux, sont « psychanalytiques ». Claire et Lise nous ont parlé de l'approche motivationnelle comme étant prônée dans leur équipe. Selma et Lise nous ont parlé de l'*empowerment* comme philosophie d'intervention dans les services qu'elles offrent. Lise précise toutefois que « c'est assez libre » dans son équipe, qu'il n'y a pas de pressions pour intervenir en fonction d'une approche spécifique.

---

<sup>6</sup> Thérapie basée sur la pleine conscience.



Nathalie et Louis sont les seuls travailleurs sociaux de notre échantillon à nous avoir dit que dans les programmes santé mentale pour lesquels ils travaillent, il n'y a pas d'approche qui est préconisée pour intervenir. Les deux nous ont mentionné ressentir tout de même des pressions de l'agence, mais affirment ne pas s'en laisser imposer. Nathalie mentionne qu' « *il y a toutes sortes de pressions pour la réadaptation, le cognitif, le ci, le ça* », mais précise que « *moi il n'y a jamais personne qui m'a dit de ne pas travailler comme j'travail* ». Louis, pour sa part, précise qu'il y a des pressions pour le cognitivo-comportemental, mais dit ne pas adhérer à cette approche. Il nous parle d'une récente formation de l'Institut Victoria que ses collègues et lui ont reçue au CLSC et qu'il a particulièrement appréciée; il s'agissait d'une formation au sujet du contre-transfert. Il dit avoir compris, grâce à cette formation, qu'il ne pouvait pas tout faire avec ses destinataires et qu'un ou deux objectifs, lorsque bien choisis, étaient suffisants.

#### 4.4 Opinions des travailleurs sociaux sur la dépression, ses causes et ses manifestations

Dans ce volet, nous regarderons les opinions des travailleurs sociaux de notre échantillon sur la dépression, son ampleur, ses causes et ses manifestations. Les opinions foisonnent quant aux causes possibles de la dépression; certaines situationnelles, d'autres déterminées dans l'histoire personnelle, familiale et génétique de la personne. Toutefois, il semble que les travailleurs sociaux attribuent autant sinon davantage son origine à des médiateurs entre l'individu et son environnement. Avant de regarder leurs opinions quant aux causes, regardons ce qu'ils pensent de l'ampleur de la dépression dans notre société.

#### 4.4.1 Opinions sur l'ampleur de la dépression : plus de questions que de réponses

Claire, Noémie et Nathalie ont affirmé qu'elles avaient plus de questions que de réponses par rapport à l'augmentation de la dépression; elles se demandent si les statistiques ont vraiment augmenté par rapport au nombre de diagnostics, ou si c'est simplement parce qu'on en entend plus parler qu'avant? Claire dit savoir que 8% de la population est atteinte de dépression. Noémie dit croire que la dépression est plus « normalisée » et « démocratisée » qu'avant, malgré que ça soit encore tabou selon elle. Elle se demande si c'est plus répandu qu'avant ou si les gens en parlent simplement plus et se donnent plus le droit d'arrêter. Nathalie va dans le même sens que Noémie lorsqu'elle dit ne pas connaître les chiffres et ne pas savoir si la dépression est vraiment plus répandue et plus diagnostiquée qu'avant. Elle mentionne qu'il existe dans le langage commun une tendance à affirmer « *Ah je suis déprimé* », mais elle précise que « *ça veut pas dire que c'est une dépression majeure. Une dépression situationnelle ça peut être normal* ». Elle émet l'hypothèse que dans les années vingt, il y en avait possiblement « *pas mal de monde déprimé, mais ils n'étaient pas diagnostiqués [...] puis c'était pas important de toute façon d'être heureux. C'était important de faire ton devoir* ». Elle donne l'exemple de sa grand-mère qui a élevé dix enfants, « *pas d'eau courante, pas d'électricité, pas de char, tsé avec son mari qui partait 6 mois par année, puis qu'elle avait une ferme avec ça, qu'elle faisait son beurre tsé!* ». Elle réfléchit en ajoutant que sa grand-mère avait probablement trouvé le secret du bonheur dans le labeur : « *passer du bon temps ça rend ça moins pire. Faque c'était une femme qui riait, qui était bonne, qui parlait jamais en mal contre personne. Puis si on lui avait demandé si elle avait été heureuse ça aurait été un pêché de dire non* ».

#### 4.4.2 Opinions sur le rôle de l'enfance et de la famille dans le développement de la dépression

Seules Selma et Nathalie, nous ont parlé de l'enfance et de la famille comme étant importantes à considérer pour essayer de comprendre la dépression. Selma relie la dépression à l'éclatement des familles, aux conflits conjugaux ainsi qu'aux divorces qui provoquent stress et incertitude. Elle explique que cela entraîne la perte des frontières intergénérationnelles et provoque des manifestations d'anxiété et de dépression dès l'enfance, puisque les besoins de base de l'enfant ne sont pas comblés. Selma croit que la dépression chez l'individu est le résultat d'événements négatifs s'étant produits durant l'enfance, ainsi que de croyances négatives et de distorsions cognitives par rapport à soi-même. Elle ajoute que ces *patterns* sont maintenus par des sentiments d'impuissance, de désespoir et de découragement. Selma se réfère à la pyramide de Maslow afin d'expliquer que quand les besoins de base des enfants ne sont pas comblés, ils peuvent rapidement développer des symptômes d'anxiété et de dépression, qui peuvent perdurer à l'âge adulte. Elle explique:

[...] the children don't have any clear understanding of where they're going, what's happening, they don't feel safe. So I think when a child grows up in a an environment and they don't feel hum... It's like Maslow's hierarchy of needs; if your basic needs are not met where you feel safe and trust and... how are you going to grow? You can't, I think you get stuck there, and you're afraid you know.

Nathalie parle du complexe de l'enfant-roi et dit qu'on « se regarde beaucoup le nombril ». Dans le même sens que Selma, Louis dit croire que tout part de l'environnement familial. Il explique que la pauvreté en général, sous tous ses aspects, favorise l'émergence de la dépression « *car les gens ont plus de chances d'être carencés dans leurs besoins fondamentaux* ».

#### 4.4.3 Opinions sur le lien entre les problèmes relationnels et la dépression

Plusieurs participants ont parlé, chacun à leur manière, des problèmes relationnels comme étant en cause dans la dépression (Noémie, Nathalie, Louis et Lise). Noémie dit observer souvent chez ses destinataires l'existence de conflits relationnels « *qui viennent déclencher un épisode dépressif* ». Elle dit que les gens rapportent vivre des insatisfactions dans leurs relations familiales ainsi que dans leurs relations au travail. Elle dit qu'on vit dans une société qui « *n'est plus comme dans les années 50-60 où papa a raison* ». Elle ajoute que le fait qu'il y ait au CLSC un programme pour les jeunes et les familles en difficulté indique que la problématique de l'adolescence est très difficile pour les parents. Elle mentionne que souvent les intervenants de ce programme vont référer au programme de santé mentale des parents en dépression, qui sont dépassés par l'adolescence de leur enfant.

Nathalie considère que l'effritement des relations, lesquelles sont plus instables qu'à une autre époque, a aussi un rôle à jouer dans le développement de la dépression. Elle dit à la blague : « *Tsé des fois c'est ça que je dis un chum c'est le fun parce qu'on peut dire que c'est de sa faute (rire), mais à être tout seul c'est pas la faute de personne si ta journée est mauvaise tsé, faut prendre sur soi puis trouver des moyens, tout ça* ».

Louis dit que la situation amoureuse et la situation financière sont les deux situations qu'il rencontre le plus souvent dans sa pratique. Il ajoute que « *c'est sûr que ça intervient. [...] Souvent ça pète à plusieurs endroits en même temps* ». Il explique que les gens sont comme dans un « creux de vague » et c'est à ce moment qu'un épisode dépressif se développe, « *qui est déjà avancé souvent quand ils consultent* ».

Pour Lise, la dépression est très reliée à un mode relationnel dysfonctionnel. Elle tient également comme responsable de la dépression ce qu'elle appelle la « pauvreté des



rapports sociaux ». Selon elle, le fait qu'on ait beaucoup de liens, mais très peu de « vrais liens », fait en sorte que nous n'avons pas le support nécessaire quand on vit des choses difficiles. Elle ajoute que les temps ont changé : *« Avant, les gens restaient peut-être plus dans un état dépressif, c'était une mauvaise passe. Aujourd'hui, il faut tellement être performant que quand tu descends un petit peu : vite on se dépêche, antidépresseurs, on consulte... »*. Elle émet l'hypothèse qu'au lieu de consulter et de prendre de la médication, avant les gens vivaient leurs difficultés avec le support nécessaire pour « passer au travers ». Elle mentionne aussi qu'« *on est moins solidaires, on a moins le temps de se parler. Aujourd'hui on court tellement que ça fait comme un presto. Il y a des malaises de société qui sont plus apparents. Les gens consultent plus parce que ça saute plus* ». Elle qualifie notre société de superficielle et dit qu'on est dans du « jetable », même dans notre mode relationnel. Elle remarque aussi que *« les femmes qui font des dépressions et l'affirmation de soi, ça revient souvent »*. Ayant travaillé auprès de femmes victimes de violence, Lise dit considérer que l'oppression des femmes dans certaines cultures peut aussi contribuer à la dépression chez ces dernières, puisqu'elles ne sont respectées ni par leur mari, ni par leurs enfants.

#### 4.4.4 Opinions sur le lien entre la société contemporaine québécoise et la dépression

Peu de travailleuses sociales ont fait référence au rythme de vie accéléré dans lequel on vit pour expliquer la dépression (Selma et Lise). Selma décrit le phénomène de la dépression comme allant de pair avec notre rythme de vie effréné, qui fait en sorte que l'on manque de temps pour réfléchir et pour jouer selon elle. Lise abonde dans le même sens lorsqu'elle relie la dépression à notre rythme de vie accéléré, qui ne nous laisse pas le temps « d'absorber ». Elle explique que *« Tout va trop vite, ça s'accumule à un moment donné. Si on prenait plus le temps de vivre ce qu'on a à vivre et qu'on serait moins stressé avec le temps, on aurait peut-être pas besoin de*

*faire des dépressions!* ». Lise dit croire que quand on vit des choses difficiles, « *il faut prendre le temps de les absorber, de les digérer* ». Elle ajoute : « *À un moment donné ça éclate. Les gens en arrivent à des astuces plus brutales. Les tentatives de suicide sont vraiment un appel à l'aide* ».

À ce rythme de vie effréné, s'ajoute, selon Claire et Nathalie, l'individualisme qui règne dans notre société. Claire dit croire que la dépression est un mal de vivre qui est la conséquence de notre recherche de repères pour « *se regrounder* ». Nathalie pour sa part explique la dépression par le fait que l'individu porte plus de poids sur ses épaules, le poids d'être heureux et de s'accomplir. Elle dit que notre société et notre époque sont marquées par des exigences élevées de réalisation personnelle et par une crise de sens. Nathalie dit croire que le bonheur dépend de nos attentes; elle considère qu'il faut toujours relativiser et se rappeler que « *C'est pas parce qu'on n'est pas heureux qu'on est malheureux* ». Elle considère que l'individu déprimé « *n'est plus capable de faire la petite opération magique qui consiste à essayer de trouver qu'est-ce qui fait son bonheur dans sa vie* ». Elle affirme qu'« *il n'arrive pas à se connecter sur ses émotions et ses besoins ni à concevoir que c'est possible de trouver une satisfaction dans la réalité.* » Elle parle aussi des gens qui n'arrivent pas à trouver le « *trouver-crée* »<sup>7</sup> et décrit cela comme « *les gens qui perçoivent un environnement qui leur est étranger, qui ne répond pas à leurs besoins, un monde où il n'y a pas de place pour eux. [...] qui ne voient pas que c'est possible que ça soit autrement* ».

Cette recherche d'accomplissement pour être heureux se fait plus souvent qu'autrement au sein du monde du travail et ce, à travers la valorisation de la performance (Claire, Noémie et Louis). Claire croit que la dépression peut-être le symptôme d'autres problèmes sous-jacents. Ainsi, elle trouve important d'élargir son regard et est d'avis que parfois, ce n'est pas la personne en dépression qui est le

---

<sup>7</sup> Elle fait référence à un concept tiré du livre *Jeu et réalité* de Winnicott.

problème. Elle donne en guise d'exemple le milieu professionnel : *« quand t'en a cinq dans la même équipe qui sont en burn out c'est-tu vraiment la personne qui a un problème et qui a un besoin de thérapie, ou ben si c'est l'organisation qui a besoin de réviser ses exigences? »*.

Noémie pense que la vie est certes plus stressante et les exigences, de plus en plus grandes. Elle dit que c'est le cas particulièrement dans les milieux de travail, où la pression de performance favorise l'installation d'un climat de compétition entre collègues. Louis mentionne que l'emploi nous définit beaucoup dans notre rapport au monde et détermine notre place dans la société. Il affirme qu'il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'apparition d'une dépression et que les facteurs environnementaux sont particulièrement importants : *« Ben il y a toujours un contexte de toute façon situationnel qui vient avec; des fois c'est la situation qui est présentée d'abord, d'autres fois c'est plus la pathologie, mais qui est toujours exacerbée par une situation donnée »*. Il ajoute que souvent, les médecins marquent « dépression majeure » alors que c'est plutôt selon lui des choses situationnelles.

#### 4.4.5 Opinions sur le lien entre les troubles de personnalité et la dépression

Nathalie, Louis et Lise ont relié la dépression à certains troubles de personnalité. Nathalie observe que parmi les gens en dépression, il y en a beaucoup qui ont un trouble de personnalité, mais elle ne mentionne pas lequel en particulier. Louis dit que *« la violence et la négligence, ça fait du monde poqué puis ça se reflète de toutes sortes de façons. Les troubles de personnalité émergent. Les gars sont criminalisés, les femmes sont institutionnalisées »*. Il affirme aussi que la dépression se manifeste différemment chez l'homme et chez la femme et que c'est reçu différemment socialement. Louis mentionne que *« souvent les gens sont simplement aux prises avec une espèce de blessure fondamentale, qui trouble leur rapport à la vie puis qu'ils*

*trainent depuis des années* ». Il ajoute que « *dans tous les cas, les gens ont comme quelque chose à renégocier dans leur contrat face à la vie* ». Il mentionne que par moments, les gens ayant un trouble de personnalité peuvent développer des symptômes dépressifs « assez sévères ». Il fait référence aux troubles de personnalité limite et dépendante. Il précise que dans de tels cas, l'aspect suicidaire est souvent assez présent et peut devenir « lourd et inquiétant ».

Lise explique que « *C'est comme si le train passe pis que t'es pas dedans. T'es comme un spectateur de ta vie. C'est comme s'ils sont plus là. C'est comme si tu touches pas à terre, t'es pas groundé* ». Elle décrit les gens en dépression comme étant des personnes « *pas très motivées [...] qui veulent mais qui ne veulent pas faire d'efforts* ». Elle les qualifie de « *clientèles dysthymiques, qui ont un état dépressif chronique. [...] Ils veulent que l'intervenant les change, ne veulent pas changer eux-mêmes, sont déresponsabilisés, veulent un petit coup de baguette magique* ». Lise dit souvent retrouver cette dynamique chez les gens ayant un trouble de personnalité dépendante. Elle affirme que « *les gens en dépression sont tellement fatigués* » et qu'ils ont plusieurs « *perceptions négatives par rapport à eux-mêmes et par rapport aux autres* ». Elle ajoute qu'« *ils sont un peu comme des gens en pré-contemplation* », qui ressentent beaucoup d'ambivalence et qui n'arrivent pas à passer à l'action. Elle dit qu'ils « *sont complètement dépassés, manquent d'emprise, d'ancrage dans leur vie* ». Elle remarque qu'avec la dépression, on retrouve souvent cette dynamique-là d'avoir « *besoin de reprendre du pouvoir dans sa vie* ».

#### 4.4.6 Opinions sur les causes génétiques, physiologiques et sanitaires de la dépression

Plusieurs participants nous ont parlé des causes biologiques de la dépression. Claire décrit les interactions entre les pensées négatives et certaines réactions biochimiques



des neurotransmetteurs dans le cerveau, qui ont un impact sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Elle explique cela comme suit :

[...] par exemple si on parle de l'adrénaline, on est capable de comprendre que l'adrénaline elle est utile et nécessaire, tout le monde l'a, elle est utile quand il y a un réel danger. J'ai besoin d'une *shot* d'adrénaline par exemple pour me donner un *boost* d'énergie, pour me défendre, pour me protéger. Maintenant, c'est le message que j'envoie à mon cerveau qui va déterminer s'il shoote ou pas l'adrénaline. Si je lui envoie un message de danger, même si le danger est pas réel, il va me shooter de l'adrénaline pareil. Faque tsé au niveau des troubles anxieux par exemple, c'est ben important de comprendre ça, que ben l'adrénaline elle est utile quand j'en ai besoin là, mais quand j'en ai pas besoin pis que j'suis tout le temps sur l'adrénaline ça peut nuire à ma santé.

Noémie quant à elle dit qu'il y a beaucoup de problèmes de consommation d'alcool et de drogues dans notre société. Cela peut à son avis avoir un impact sur la dépression et dans certains cas, aller jusqu'à être une stratégie néfaste et plus ou moins consciente « d'automédication ». Elle affirme qu'il existe dans la dépression une prédisposition génétique chez la personne. Noémie dit croire que des facteurs multiples jouent dans l'apparition d'une dépression, tels que la présence de « stress psychosociaux » et le manque d'habiletés à gérer les situations stressantes. Elle explique cela ainsi : *« moi j crois beaucoup donc que le terrain est fertile au plan génétique puis, dépendamment de comment la personne a appris à gérer ses situations stressantes, lorsque les situations se présentent, ça peut faire qu'elle bascule ou pas là »*.

Nathalie, pour sa part, dit croire que nous avons tous une constitution de base et qu'il y a une interaction, qu'elle qualifie d' « effet d'entraînement réciproque », qui se produit entre notre corps et notre environnement. Elle dit que si nous avons un milieu qui nous soutient, *« ça aide notre corps à se développer à son meilleur »*. Elle donne l'exemple du poids santé; elle dit que si nous ne mangeons pas bien nous allons

prendre du poids, mais que si nous nous nourrissons bien, nous verrons que « *notre corps a un poids vers lequel il tend naturellement* ». Elle résume en constatant qu'il en est de même pour la dépression; elle explique qu'il y a une interaction qui se produit entre notre cerveau et notre environnement, qui fait en sorte que nous maintenons ou perdons notre équilibre mental. Nathalie dit que ce que nous ressentons et pensons ont un impact sur « *les façons dont le cerveau vibre* ». Elle ajoute que cela peut avoir à long terme un effet néfaste sur notre santé mentale. Elle se demande si c'est la « *théorie des microtraumatismes* » qui permettrait d'expliquer l'effet néfaste à long terme d'un déséquilibre biochimique dans le cerveau.

Louis dit que les « *vraies dépressions cliniques, au sens psychiatrique et médical du terme, où le situationnel n'a pas beaucoup à voir* », sont plutôt rares selon lui. Bien qu'il y ait toujours un déclencheur, il dit ne pas en voir « *tant que ça* » dans sa pratique. Il ajoute que ces « *vraies dépressions cliniques* » se traitent principalement avec de la médication. Il dit que les « *dépressions situationnelles, ça arrive rapidement, alors que la vraie dépression est quelque chose qui se dégrade tranquillement* ».

#### 4.5 Opinions des travailleurs sociaux sur les approches théoriques les inspirant dans leur pratique

La prochaine section est en continuité avec la précédente; les travailleurs sociaux, selon leurs opinions des causes de la dépression, s'inspirent d'approches théoriques adressant celles-ci. Les prochaines pages porteront donc sur les pans théoriques auxquels ils font appel dans leur pratique pour intervenir avec la personne en dépression ainsi que sur leurs modalités d'intervention.

#### 4.5.1 Opinions sur l'approche cognitivo-comportementale en intervention

La majorité de nos participants nous ont parlé de l'approche cognitivo-comportementale comme leur étant utile pour aider les gens en dépression. Louis est le seul travailleur social à ne pas avoir parlé de cette approche comme étant importante et utile pour lui.

Claire dit baser ses interventions sur l'approche cognitivo-comportementale, surtout sur la thérapie des schémas et le *mindfulness*, qui lui sont très utiles pour aider les gens en dépression. Elle dit aimer particulièrement cette approche des schémas car « *c'est quelque chose aussi qui donne beaucoup de pouvoir à la personne, qui devient maître de son traitement [...] on est comme des coachs dans notre intervention* ». Elle précise qu'étant donné qu'une des grandes critiques qui est adressée à l'approche cognitivo-comportementale est que « *ça se passe beaucoup au-dessus des épaules* », elle complète son travail avec d'autres approches. Nathalie quant à elle nous parle aussi, tout comme Claire, de la thérapie des schémas. Nathalie mentionne apprécier beaucoup le livre *Schema Therapy* de Jeffrey Young, car ça l'a aidée à « avoir du vocabulaire » pour nommer et mieux structurer ses interventions.

Selma dit avoir recours à l'approche cognitivo-comportementale lorsqu'elle confronte « en douceur » la personne en dépression sur ses croyances négatives, en l'aidant à les remplacer par des pensées plus positives. Elle dit aussi la faire travailler sur son estime d'elle-même, en l'aidant à reprendre du pouvoir sur sa vie et en lui faisant pratiquer, par des jeux de rôle, des habiletés d'affirmation de soi.

Noémie parle également de l'approche cognitivo-comportementale en disant qu'elle adhère à l'idée qu'il faut travailler avec les gens en dépression sur leurs pensées et leurs comportements, ainsi que sur leurs perceptions des situations qu'ils rencontrent dans leur vie. Pour Noémie, il est crucial que la personne en dépression fasse un



travail sur elle-même « *en adressant sa manière d'aborder les choses et de penser et en se questionnant sur le sens qu'elle veut donner à sa vie* ».

Lise dit privilégier l'approche cognitivo-comportementale pour appréhender la dépression. Elle dit utiliser les techniques suivantes, qu'elle qualifie de « techniques de base en intervention » : « *l'écoute active, regarder les perceptions et les distorsions cognitives, reformuler, faire la liste de leurs émotions, faire la liste de ce qui en est vraiment, etc.* ». Les moyens qu'elle met en œuvre pour aider les gens en dépression sont « *le recadrage, revoir les pensées négatives, travailler l'affirmation de soi, trouver des activités agréables pour se faire plaisir et prendre soin de soi* ».

#### 4.5.2 Opinions sur la théorie psychanalytique en intervention

La plupart de nos participants ont dit utiliser des repères psychanalytiques et/ou l'approche psychodynamique afin d'intervenir auprès d'individus en dépression. Nathalie dit avoir recours à l'approche psychodynamique pour aborder les dynamiques relationnelles en cause dans la dépression :

J'essaie de considérer comme j'ai les dynamiques relationnelles, pour moi le fait de considérer aussi les dynamiques relationnelles ça s'installe dans l'approche psychanalytique. C'est pas le cas pour tout le monde là, aussi je l'adapte à ma sauce, quand même. Winnicott a apporté ça là, l'environnement dans la psychanalyse. Donc je le considère... c'est l'approche qui m'aide le plus, l'approche psychanalytique, à comprendre la profondeur de la souffrance des gens, à la tolérer, puis à trouver une façon de comme... la prendre puis de travailler avec, de faire du sens avec.

Selma dit également adhérer à la théorie psychanalytique, mais précise qu'elle l'utilise plus pour évaluer que pour intervenir. Elle explique que la méthode idéale



pour soigner la dépression, selon elle, est d'abord de faire une bonne évaluation psychosociale de la situation afin d'identifier où a commencé la dépression :

J'fais ça avec tous mes clients, to look at the base, to look at the beginning, the childhood, what happened. I'm not gonna do psychoanalytical work, I don't stick in the past, but I help a person understand that, when we look at their childhood and some of the losses or traumas or abuses whatever, we look at how all of that affect the way they are today. And why they bring it with them. But that they had no choice then as a child, but they have a choice now as an adult to live differently.

Noémie mentionne également avoir recours à des repères psychanalytiques pour intervenir, dont la théorie de l'attachement :

[...] j'aime comprendre comment les gens ont développé leur personnalité, comment ils ont développé leur stratégie de *coping* au fil du temps, puis souvent on remonte dans l'éducation pour voir ça tsé. Est-ce qu'ils ont eu un attachement sécure? Est-ce qu'ils ont été élevés par des parents très, très anxieux? Est-ce qu'au contraire c'étaient des parents tsé rassurants, puis qui ont prôné l'autonomie de la personne? Tsé j'aime aller chercher des repères, tsé je vais pas creuser à un point de faire remonter la souffrance de l'enfance, non, mais plus pour me donner des barèmes pour me dire « OK d'où qu'on part, et maintenant que fait-on avec ça? ». Faque dans la dépression j'trouve ça important quand même tsé, j'fais toujours un petit point dans l'évaluation d'aller voir là c'était quoi les stratégies d'éducation et tout.

Louis nous parle de la « triade de Masterson », qui est une théorie basée sur des repères psychanalytiques. Il dit avoir suivi une formation à l'Institut Victoria à ce propos et explique que cela aborde l'activation volontaire, l'anxiété et les défenses. Il explique :

On le voit très bien, les gens se mettent en activation autonome, l'angoisse monte, les défenses se mettent en action pour soulager, ça pogne un *down* pour un bout de temps puis hop ça repart, l'angoisse monte. Les systèmes de

défense viennent dire on va fuir pour faire tomber l'anxiété. Le psychique se répercute dans le corps, il y a toujours des manifestations, l'anxiété se manifeste de toutes sortes de manières, les gens ne sont pas bien, ne dorment pas bien, n'ont plus d'appétit, sont un peu phobiques, etc.

Louis dit qu'il est important de travailler sur les défenses. Il dit essayer d'expliquer cela aux gens en dépression, pour les encourager à combattre et à passer par-dessus leurs malaises. Il dit qu'il faut également aider les gens à faire le deuil par rapport à des attentes plus ou moins conscientes, qui sont là depuis toujours et qui sont issues de carences importantes.

#### 4.5.3 Opinions sur l'approche systémique et le travail sur les réseaux de la personne en dépression

Tous les participants à notre recherche ont parlé d'une manière ou d'une autre de l'approche systémique. Claire, Selma et Nathalie ont nommé cette approche comme étant importante pour elles, mais n'ont pas donné vraiment de détails sur comment elles l'utilisaient dans leur pratique. Claire et Lise ont parlé de l'importance de travailler sur les réseaux de la personne en dépression. Claire mentionne à ce sujet :

La méthode idéale souvent c'est d'entourer la personne, c'est souvent ça. [...] c'est pas la même recette pour tout le monde. Souvent c'est un travail au niveau de son réseau qui doit être nécessaire. Le milieu familial des fois a besoin d'être travaillé. Le milieu professionnel, le milieu... tsé des exigences sociales là. Si je peux parler plus comme une travailleuse sociale là.

Elle ajoute qu'il est très important pour la personne en dépression de travailler sur son estime d'elle-même et de « gonfler de nouvelles ballounes », car souvent « les gens mettent tout dans la même balloune et quand ça pète, ils perdent leur équilibre ». Lise, pour sa part, mentionne qu'il faut travailler « autour de la personne » et « au

niveau de ses systèmes ». Elle affirme que le suivi psychologique est utile pour comprendre pourquoi la personne en est arrivée là, mais précise que ce suivi peut provenir autant d'une travailleuse sociale que d'un groupe d'entraide; *« tant qu'il y ait une relation d'aide avec quelqu'un en qui on a confiance pour cheminer »*. Elle dénonce le manque de support dans l'environnement de la personne, qui fait en sorte qu'elle a besoin de consulter des professionnels pour trouver les outils nécessaires pour pouvoir s'en sortir.

Noémie souligne croire énormément en l'approche systémique. Elle explique que le système peut être un facteur de risque, comme un facteur de protection pour la santé mentale en général. Elle dit essayer de comprendre dans quel système évolue chaque destinataire qu'elle suit et dit également essayer de voir qu'est-ce qui semble maintenir la personne dans des symptômes de dépression. Elle ajoute qu' *« en travaillant avec le système on peut essayer de surmonter, tout le monde ensemble, cet épisode-là »*. Noémie dit, par contre, trouver difficile d'amener les gens à effectuer un changement dans leurs relations et mentionne à ce propos :

[...] quand on change souvent les gens autour réagissent aussi. Tsé quand, les gens en dépression que par exemple on va cibler que telle relation est pathologique dans leur entourage puis qu'on va regarder comment mettre des limites, ben il faut affronter le regard de l'autre après là, parce que si nous on met des limites alors qu'on en a jamais mises ben la personne va réagir. Faque des fois le statut quo est confortable j'pense.

Louis dit avoir toujours trouvé intéressante la théorie systémique, mais affirme n'être jamais parvenu à en apprendre plus à ce sujet. Il dit qu'il voulait faire des formations mais que *« ça n'a jamais adonné »*. Il dit faire toujours *« de façon très simple »* les génogrammes avec ses clients et dit les conserver sur sa table *« pas loin car des fois les situations familiales sont compliquées »*. Pour Lise, il est *« vraiment important de*



*travailler avec les gens en dépression sur leur mode relationnel, pour changer des choses et faire des prises de conscience ».*

#### 4.5.4 Opinions sur l'empowerment en intervention

Tous nos participants ont nommé l'empowerment comme approche leur étant utile pour aider les gens en dépression. Claire et Selma affirment toutes deux avoir recours à cette approche, sans toutefois élaborer à ce sujet. Noémie, Nathalie et Louis mentionnent croire pour leur part que l'empowerment est le but, voire « l'objectif ultime » (Louis) de toute intervention. Pour Noémie, c'est vraiment « la base en intervention ». Elle précise qu' « *on peut bien avoir des super beaux objectifs pour une personne, si ça lui parle pas, si ça vient pas d'elle, si elle trouve pas elle-même ses solutions, ça vaut pas grand-chose là* ». Elle souligne qu'il est important que le thérapeute sache reconnaître que les personnes qu'il a devant lui ont des compétences et qu'elles ont vécu beaucoup de choses dans leur vie. Noémie précise qu'il faut essayer de reconnecter les gens avec leurs forces, car la dépression « *les empêche de voir le positif* ». Elle dit encourager ses clients en leur expliquant que les rechutes ne doivent pas être perçues comme des échecs, mais plutôt comme des moments d'apprentissage. Elle ajoute que le changement est difficile à instaurer et explique à ce sujet :

Pis c'est peut-être l'espoir que le changement va être meilleur, il est dur à maintenir quand... Parce que c'est pas parce qu'on fait un changement dans notre vie que tout d'un coup on devient heureux tsé. Faut vraiment être convaincu que faire tel changement va nous apporter du positif, mais avant qu'on voit le positif ça peut prendre des semaines, des mois là.

Les moyens auxquels Noémie dit avoir recours lorsqu'elle intervient auprès de gens en dépression sont : aider la personne à donner un sens à sa vie et essayer de lui faire



voir du positif, l'aider à reprendre confiance, introduire des petits bonheurs et impliquer sa famille dans les rencontres. Elle dit aimer utiliser avec ses clients des techniques d'intervention qui vont « *solliciter leurs propres réponses, leurs propres solutions* ». Elle dit utiliser parfois un tableau sur lequel elle écrit des idées durant les séances, comme par exemple des échelles d'évaluation de l'humeur. Selon elle, « *les théories et l'approche du thérapeute importent peu quand la personne n'est pas prête à opérer un changement dans sa vie et à travailler sur elle-même* ». Elle précise que « *La thérapie est plus efficace avec des clients qui sont certes souffrants, mais qui appliquent des choses concrètes pour s'en sortir* ».

Nathalie dit qu'il est évident pour elle qu'elle utilise l'*empowerment*, puisqu'elle considère que c'est le but de toute intervention en santé mentale. Elle explique qu'il s'agit « *d'aider la personne à avoir plus de prise sur son monde intérieur [...], mais c'est répercuté aussi par plus s'affirmer dans ses relations, plus prendre le contrôle de différents éléments de sa vie* ».

Louis dit que l'*empowerment* c'est l'objectif ultime à atteindre afin « *que les gens soient un peu plus en contrôle d'eux-mêmes et de leurs vies, pour avoir un rapport satisfaisant à l'existence* ». Il dit essayer d'amener ses clients à sortir du « je subis ». Il explique qu'il soutient ses clients en leur disant « *vas-y t'es capable, essaie de faire un petit quelque chose* ». Louis croit que le plus difficile, c'est toujours de résoudre la résistance, « *la résistance au changement pour soi* ». Il dit qu'on ne peut pas faire les choses pour les gens puisque c'est leur vie : « *les gens doivent se mobiliser et se responsabiliser face à leurs affaires* ». Il mentionne que beaucoup de gens arrivent avec l'attente que le travailleur social va régler leurs problèmes. Il dit que juste cet ajustement-là est parfois difficile à faire. Il dit que les gens ont parfois l'impression que si le travailleur social ne règle pas leurs problèmes, c'est qu'il n'est pas le bon professionnel.

Lise dit toujours faire en sorte que ses interventions soient vraiment adaptées à la personne. Elle affirme que c'est en aidant la personne à s'affirmer qu'elle essaie de lui redonner un peu de pouvoir sur sa vie. Elle mentionne que « *Souvent, on va plus semer des graines que les récolter, surtout si la personne est lente à se mettre en action. Guérir d'une dépression, c'est pas en six mois non plus. Souvent on ne peut pas finir notre intervention jusqu'au bout* ». Pour les personnes qui nient leur dépression, Lise dit ne pas trop les confronter à ce sujet; elle dit travailler plutôt sur comment ces personnes se sentent. Elle dit qu'il faut les pousser un peu, les motiver, les aider à se réactiver et à « *repartir la machine* ». Selon elle, « *il faut qu'il y ait quelque chose qui change dans la dépression, il faut rajouter de nouveaux éléments* ». Elle ajoute qu'il faut aussi travailler l'ambivalence et ne pas hésiter à poser à la personne des questions du genre « *Pourquoi ne fais-tu pas cette activité-là?* ». Elle dit qu'en travail social, contrairement à certaines approches en psychologie, « *on est déjà beaucoup orienté vers l'action* ».

#### 4.5.5 Opinions sur le rétablissement en santé mentale

Tous les participants, sauf Noémie, ont fait référence au rétablissement en santé mentale comme approche utile pour aider les gens en dépression. Claire, Nathalie et Louis parlent de « *réadaptation* » comme étant, selon eux, l'équivalent du rétablissement. Nathalie relie le rétablissement à l'empowerment et affirme qu'« *à un moment donné c'est tout le temps la même chose là, ça revient à l'empowerment* ». Elle dit croire en la résilience, mais pense qu'il y a « *beaucoup de mystères encore dans ça* » et qu'il n'existe pas de solution unique. Elle mentionne qu'« *Il faut qu'il y ait une opération intérieure qui se fasse. Puis, c'est de même qu'on change puis qu'on évolue* ».

#### 4.5.6 Opinions sur l'approche biopsychosociale en intervention

La moitié des participants (Claire, Nathalie et Louis) ont nommé l'approche biopsychosociale comme leur étant également utile pour aider les gens en dépression. Claire y fait allusion comme une approche « allant de soi » en intervention en santé mentale, sans davantage élaborer sur comment elle l'utilise lorsqu'elle intervient auprès de gens en dépression. Louis pour sa part dit avoir une « approche globale » et il explique que selon lui, c'est la même chose que l'approche biopsychosociale. Nathalie pense que la méthode idéale pour soigner la dépression serait biopsychosociale, *« ce qui inclurait une infirmière qui analyserait toute l'hygiène de vie, l'alimentation et le sommeil »*.

Nathalie trouve important d'encourager ses clients à faire du sport et à participer à des activités. Elle explique que *« quand t'as une vie plus structurée, que tu prends bien soin de toi, que tu fais du sport, tu rencontres du monde, t'as des meilleures relations, des meilleures sources de plaisir aussi. Tous des points d'ancrage »*. Nathalie donne ensuite l'exemple des groupes de support pour les personnes ayant des problèmes cardiaques et raconte à ce propos : *« Mon père a participé à ça pour un problème cardiaque, mais ça devrait exister pour la dépression. [...] il faisait de la danse deux fois par semaine, puis ils prenaient leur pression, puis il y a une solidarité qui se développe entre les gens là tsé, comme quelque chose comme ça »*.

Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon sont d'avis que les antidépresseurs sont utiles pour aider les gens en dépression, mais nuancent à propos de leur efficacité. Claire croit qu'ils sont efficaces quand ils sont indiqués : *« Il y en a qui s'en sortent sans antidépresseurs mais dans des cas c'est un incontournable. Au niveau de l'humeur ça stabilise. Ça peut diminuer le risque suicidaire quand les idées suicidaires sont très envahissantes »*. Claire dit qu'il faut aussi faire de la



psychoéducation avec la personne en dépression en lui expliquant la biochimie du cerveau et en l'encourageant à rétablir une routine de vie.

Selma précise qu'il est très difficile de travailler avec les gens qui trainent une dépression depuis de nombreuses années. Elle mentionne que les antidépresseurs sont efficaces puisqu'ils peuvent, selon elle, aider à *« lever le voile de la dépression »* et permettre à la personne de penser plus clairement et d'avoir la motivation nécessaire pour entamer une thérapie et comprendre ce qui s'y passe. *« Ça fait réellement une différence »*, ajoute-t-elle. Noémie pense que les pilules peuvent aider la personne à se réactiver et à avoir un peu plus d'espoir. Pour Noémie, la combinaison antidépresseurs et thérapie est essentielle. Elle dit que les pilules ne règlent pas tout, mais qu'elles aident à se réactiver et à retrouver espoir. Elle termine en ajoutant : *« mais il faut que t'adresses ta manière d'aborder les choses, de penser, il faut que tu te questionnes sur quel sens tu veux donner à ta vie, il faut que tu fasses un travail sur toi-même »*.

Dans le même sens que Noémie, Nathalie ne croit pas que les antidépresseurs sont efficaces seuls, mais dit qu'ils le sont avec une psychothérapie. Ayant une amie proche qui a fait plusieurs dépressions, elle croit, grâce à elle, à l'effet biochimique des antidépresseurs, allié à un support psychologique. Elle rapporte que *« ça doit être rare les gens qui arrivent à faire des changements dans leur vie juste avec de la médication; dans un tel cas il faut que le médecin soit beaucoup plus présent dans le coaching par rapport au biopsychosocial »*. Elle ajoute que dans certains cas, les antidépresseurs ne sont pas efficaces et les gens continuent à les prendre pour *« pas grand-chose »*. Elle souligne avoir vu des gens *« retomber systématiquement en dépression six mois après avoir arrêté leur médication »*. Pour ces raisons, elle trouve que *« c'est très hasardeux le choix de la molécule compte tenu de ce qu'on peut deviner de la chimie du cerveau de la personne »*.



Louis dit aussi croire que pour soigner la « vraie dépression », ça prend une approche mixte de médication et de thérapie. Quant à la nécessité de la médication, Louis dit que ça dépend de l'intensité des symptômes et de comment on aborde les choses : « *ça dépend de ben des affaires. Quand ça ne marche pas ça vient juste confirmer qu'on est dans autre chose* ». Il affirme que « *plus c'est situationnel, moins c'est nécessaire* ». Il ajoute que « *la médication a un rôle limité, ça ne règle pas le trouble de personnalité. Il y a juste la thérapie qui peut aider, mais la médication peut aider à gérer l'anxiété et l'impulsivité* ». Les « vraies dépressions strictement biochimiques » sont plutôt rares selon lui. À ce propos, il précise :

Tsé des fois on voit ça, le traitement médicamenteux améliore un peu, atténue les symptômes, donc améliore l'humeur, mais ça plafonne. Puis il y a encore beaucoup de symptômes résiduels. Mais il ne faut plus qu'il y ait de symptômes résiduels, tsé l'objectif c'est qu'il n'y en ait plus là tsé il faut éliminer ça. Donc quand ça plafonne, moi je dis regardez il nous manque une coche là tsé, on est plus capables d'avancer, faut faire quelque chose. [...] Alors que les vraies dépressions, quand t'as un bon traitement pharmacologique, tu vois le monde remonter, puis là les affaires se remettent en place, avec du soutien bien sûr.

Louis dit toujours tenir compte de la médication et pour ce faire, il pose plusieurs questions à ses clients : « *Qu'est-ce que vous prenez? Le prenez-vous régulièrement? Avez-vous des effets secondaires? Évolution des symptômes?* ». Il explique qu'étant donné qu'il vient du milieu de la psychiatrie et qu'il a travaillé avec plusieurs psychiatres, il a appris à vérifier « ces affaires-là ». Il dit que les anxiolytiques sont des médicaments qui accentuent les symptômes dépressifs, puisque ça rend les gens apathiques :

[...] ce sont des médicaments [les anxiolytiques] prescrits trop facilement. Il y a des gens qui aiment ça, ça les calme, les aide à dormir. Il faut augmenter la dose pour maintenir le même effet. Quand on plafonne, il faut sevrer et

changer de sorte. À la longue, ça a des effets dépresseurs sur le système nerveux.

Lise, pour sa part, dit donner des informations sur la médication, mais ne jamais pousser la personne à en prendre. Lise croit qu'il est important que la personne en dépression ait un suivi médical et psychologique et qu'elle prenne le temps de faire un travail sur elle-même, afin de faire des prises de conscience. Lise explique qu'il est essentiel de voir l'aspect médical dans la dépression et de ne pas le négliger, « *car quelqu'un qui ne dort pas, ne pourra pas avoir l'énergie nécessaire pour faire un travail sur lui-même* ». Elle pense que la médication peut aider à dormir, ce qui permet au corps de récupérer pour ensuite être capable d'aller de l'avant. Elle précise : « *Mais si tu fais juste soigner tes symptômes et que tu ne fais aucun changement dans ta vie, il y a un risque de rechute* ». Elle ajoute qu'il est important de « *travailler les habitudes de vie, le sommeil, s'activer, manger régulièrement... Souvent le sommeil est déphasé chez les gens en dépression. Si on veut reprendre de l'énergie, il faut aller en chercher aussi* ». Lise mentionne qu'elle fait écrire à ses destinataires leur routine de vie et qu'elle les encourage à essayer d'y insérer au moins une activité.

#### 4.5.7 Opinions sur l'approche humaniste en intervention

Louis est le seul travailleur social de notre échantillon à avoir parlé de l'approche humaniste. Il l'a nommée en disant : « *c'est certain que j'utilise cette approche-là* », mais n'a pas élaboré davantage sur sa conception de cette approche.

#### 4.5.8 Opinions sur l'approche centrée sur les solutions pour intervenir

Deux travailleuses sociales seulement ont parlé de l'approche centrée sur les solutions (Noémie et Lise). Noémie dit d'emblée adhérer beaucoup à cette approche, qui est par ailleurs préconisée dans son milieu de travail et « *qui cadre bien avec la mission court-terme du CLSC* ». Elle dit toujours chercher à identifier quel type de client elle a devant elle (« acheteur »? « plaignant »?) et quelle est sa demande, afin de mettre en place des stratégies pour y répondre. Elle dit penser que l'aide psychologique peut être adéquate pour les gens qui veulent vraiment changer des choses pour eux-mêmes, mais que pour les gens qui se campent dans une position de victimisation et qui se complaisent là-dedans, l'aide peut être inutile. Noémie affirme qu'« *il y a des gens qui se mobilisent beaucoup plus que d'autres* ». Elle explique cela par le fait que « *certains clients sont acheteurs, très motivés à s'en sortir, tandis que d'autres sont plaignants, semblent se complaire dans une espèce de malaise et ne sont pas rendus à opérer un changement dans leur vie* ». Noémie mentionne avoir observé que les gens qui viennent consulter une travailleuse sociale au CLSC ont souvent eu d'autres services avant, donc ils sont dans une situation qui perdure depuis longtemps.

Lise aussi nous parle de l'approche orientée vers les solutions et explique qu'il s'agit de trouver « *l'espèce de petit filon magique qui va accrocher la personne, pour les personnes moins motivées* ». Elle ajoute que ça ne donne rien d'avoir des approches trop orientées vers le changement si la personne n'est pas là; elle explique que dans une telle situation, « *on va plus essayer de travailler son autocritique, accepter la situation, accepter son état, des fois c'est juste ça l'objectif, ce que t'es capable de réaliser en six mois. Surtout avec les troubles de personnalité, c'est vraiment petit ce que t'es capable de travailler* ».



#### 4.5.9 Autres approches que peut revêtir l'aide clinique auprès de gens en dépression

Selma croit que l'aide clinique est nécessaire pour les gens en dépression puisque sans aide, ils ne peuvent pas réaliser à quel point leur façon de penser peut être destructive. Elle précise que:

Sometimes we need a neutral person to sort of highlight and use empathetic confrontation to say "do you notice that there's a pattern in your behaviour" and hum... "do you feel that you're contributing to it", like there's a gentle way to confront a person. And I think yeah, I think it helps that people get therapy, I think alone, I don't think they could do it. Because you don't realize, I think.

Lise mentionne adhérer beaucoup à l'approche féministe et observe que les femmes opprimées et la dépression, « *ça revient souvent* ». Claire, quant à elle, rapporte utiliser dans ses interventions auprès d'individus en dépression la psychoéducation, l'intervention en situation de crise ainsi que l'entretien motivationnel, qui est utilisé à la base en toxicomanie et qu'elle décrit ainsi :

On essaie de l'adapter de plus en plus aussi en santé mentale. Ce sont des thérapies brèves, mais qui vont suggérer un changement, mais de façon très stratégique, pour jamais imposer quelque chose à quelqu'un qui est dans l'ambivalence. Faque ça va être une façon d'amener la personne à modifier certains patterns de vie.

Nathalie estime que pour certaines personnes en dépression, la psychothérapie seule va être suffisante tandis que pour d'autres, ça ne le sera pas. Elle dit qu'il est important que l'aide clinique puisse varier ses formes afin de s'adapter aux besoins de différentes personnes. Elle croit que l'important, c'est que la personne reçoive une aide pour réfléchir sur qu'est-ce qu'elle peut changer dans sa vie, avoir un

accompagnement pour changer ces choses-là, puis faire le deuil de blessures anciennes par exemple. Elle explique :

[...] pour certaines personnes ça ne convient pas de venir rencontrer une personne dans son bureau puis de parler de sa vie tsé. Il y a des personnes, tsé si... sans être dans les stéréotypes là, mais un homme qui a fait des travaux manuels toute sa vie puis qui enligne 3 mots par jour à sa femme, de venir en psychothérapie c'est quasiment une violence, c'est heu... faque là qu'est-ce qui peut y avoir comme autre formule pour ces personnes-là, ou pour les personnes de d'autres cultures aussi, il y a vraiment comme un aménagement là qui est important.

Nathalie cite en exemple l'intervention réalisée par un de ses collègues, auprès d'un homme qui ne parlait pas beaucoup, mais qui était en dépression depuis plusieurs années. Son fils était disparu, peut-être mort. Elle raconte : « *Ben mon collègue, il est psychologue, il l'a emmené marcher sur le bord du barrage où le jeune était disparu, lancer une fleur dans l'eau, tsé mettre en scène différemment* ».

Louis croit que ce qui importe fondamentalement pour la personne en dépression qui vient consulter un travailleur social, ce ne sont pas les approches théoriques ni les concepts que ce dernier maîtrise, mais bien son savoir-être ainsi que sa capacité à accueillir la personne et à l'accepter dans sa souffrance. Louis précise que le fait « *d'avoir un espace pour soi, une fois par semaine, où t'es accueilli là-dedans, ça aide. L'objectif dans ce temps-là c'est juste de les accueillir, de les rassurer, de leur dire qu'on est avec eux* ». Et il ajoute que :

La difficulté c'est qu'il faut que ça passe par quelque chose, il faut que ça s'incarne quelque part, tsé. Sinon, ça ne se fait pas dans les airs de même. "J'ai vu mon thérapeute, j'me sens mieux"; ça, ça dure une demi-heure, après ça t'es encore en face de ta vie. [...] Il faut travailler avec là où sont les gens et se placer en position de soutien. [...] C'est important que la confiance soit

là puis que ça soit bien ouvert. [...] S'ils ont l'impression qu'ils sont accueillis dans leur souffrance, on répare quelque chose.

Louis dit croire que l'aide clinique est nécessaire pour les gens souffrant de dépression, mais que « *ça dépend du momentum. Quelqu'un qui est en dépression, dans le fond du trou, ne peut pas faire grand-chose en thérapie, n'a pas l'énergie, n'est pas capable de rien mobiliser. Il faut savoir où est le client par rapport à ça et ne pas mettre d'objectifs irréalistes* ». Il précise que dans ce temps-là, il faut les aider à gérer ce qu'ils ne sont pas capables de gérer pour un temps donné, compte tenu de l'état dans lequel ils sont.

#### 4.5.10 Travailler en équipe multidisciplinaire : une modalité courante pour aider les gens en dépression

Deux participantes, Claire et Noémie, ont parlé de l'importance de travailler en équipe multidisciplinaire pour aider les gens souffrant de dépression. Claire mentionne que le travail en équipe multidisciplinaire permet d'offrir une plus grande variété d'interventions aux clients : « *on n'est pas dans le one size fits all, surtout en santé mentale. Il y a plein d'explications qui sont possibles et valables, de la même façon qu'il y a plein de solutions qui sont possibles et valables* ». Elle dit que le défi, c'est de trouver d'abord et avant tout le besoin de la personne puis ce qui va répondre à ce besoin : « *Le besoin de la personne, c'est pas nécessairement ce que la personne demande. Ça c'est un défi. Faque au-delà de la demande il faut saisir le besoin* ». Elle dit qu'il est important que la personne en dépression s'investisse dans son traitement, mais qu'elle garde en même temps un esprit critique afin de savoir si le service qu'on lui offre correspond bien à son besoin.



Noémie dit penser que la méthode idéale pour soigner la dépression serait d'avoir une collaboration médecin-thérapeute et que le client soit actif dans sa recherche de solutions. Elle mentionne qu'il est important de reconnaître les forces de chaque professionnel et que la complicité entre eux est essentielle. Elle précise que cette complicité entre le médecin et le thérapeute n'est cependant pas toujours aisée à établir en première ligne, puisque les clients sont suivis par des centaines de médecins différents dans la communauté.

Nous venons de voir dans ce chapitre les résultats de notre recherche. Nous avons pu constater que les milieux de travail au sein desquels interviennent nos six répondants semblent avoir beaucoup de points en commun, selon les descriptions qu'ils en ont faites. Par rapport à leurs opinions au sujet de la dépression, de ses causes et de ses manifestations, nous avons pu constater la richesse des explications offertes par les travailleurs sociaux. Ils ont été plusieurs à nous parler du rôle des liens sociaux dans le développement de la dépression. Étrangement, seulement un travailleur social a mis l'accent sur le rôle des conditions de vie des personnes, notamment la pauvreté économique, dans l'avènement et le maintien de la dépression.

Quant aux opinions des participants sur les approches théoriques desquelles ils s'inspirent pour intervenir, là encore, ils ont su nous livrer des explications riches et détaillées. Ils semblent tous s'inspirer d'approches visant à travailler sur la psychologie des individus, surtout l'approche cognitivo-comportementale. Cette dernière approche semble toutefois être un objet de controverse, puisque certains travailleurs sociaux ont dit ne pas aimer cette approche car selon eux, elle minimise la complexité des problèmes sociaux et réduit leur rôle de professionnel à un rôle de « technicien ». Les travailleurs sociaux que nous avons interviewés semblent également, cela s'expliquant sans doute par les compressions de temps auxquelles ils sont confrontés, miser sur des approches « moins en profondeur » qui s'emploient à

court-terme, telles que l'approche centrée sur les solutions, l'approche des schémas, l'approche centrée sur la pleine conscience, etc. Plusieurs travailleurs sociaux nous ont parlé de concepts importants en travail social, tels que l'empowerment et le rétablissement, mais ils semblaient avoir du mal à articuler ces concepts à leurs pratiques, surtout le rétablissement.

Regardons maintenant, en guise de conclusion à ce mémoire, ce que nous pouvons retenir de l'analyse transversale de nos résultats de recherche, et comment nous pouvons articuler ceux-ci avec notre problématique et notre cadre théorique.

## CONCLUSION

En guise de conclusion à ce mémoire, nous allons présenter une discussion de nos résultats de recherche. Il sera donc question d'interpréter nos résultats, à la lumière de la problématique que nous avons construite au premier chapitre ainsi qu'en nous référant au cadre théorique que nous avons élaboré au deuxième chapitre. Premièrement, nous analyserons les descriptions que nous ont données les participants de leurs milieux de travail. Deuxièmement, nous analyserons leurs opinions quant à la dépression, ses causes et ses manifestations. Ensuite, nous analyserons leurs opinions quant aux approches théoriques desquelles ils s'inspirent pour intervenir. Rappelons que l'idée d'utiliser les opinions comme unité d'analyse des représentations sociales était basée sur les recommandations de Negura, par rapport à l'analyse du contenu des représentations sociales (2006). Finalement, nous discuterons des retombées scientifiques et professionnelles de la recherche, avant de présenter quelques pistes d'intervention et de recherche.

Comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre portant sur la problématique de recherche, la dépression est un phénomène complexe et répandu, qui touche énormément d'adultes et qui génère beaucoup de souffrance. Les causes de la dépression sont difficiles à identifier, tant elles peuvent être complexes et nombreuses. Les travailleurs sociaux empruntent divers concepts de différentes disciplines afin d'expliquer les problèmes sociaux, dont fait partie la dépression, et afin d'intervenir sur ceux-ci. Nous l'avons vu avec Karsz, différents niveaux de repères peuvent influencer les choix des concepts théoriques qu'ils feront pour expliquer les problèmes et intervenir auprès des personnes qui les manifestent. Ces différents repères se déclinent en repères subjectifs, idéologiques et théoriques. Il est difficile de départager le rôle de chacun de ces repères dans la définition des



problèmes et des moyens d'action sur ceux-ci, puisqu'ils interviennent selon une sorte de synergie et chacun à des degrés divers. Le choix d'une théorie plutôt que d'une autre peut donc s'expliquer par tous ces types de repères à la fois. Au final, ce qui importe vraiment, ce n'est pas tant le rôle de chacun de ces types de repères, mais plutôt de constater que les idéologies dominantes dans notre société se reproduiront inévitablement dans la lecture théorique, idéologique et subjective que feront les travailleurs sociaux du phénomène de la dépression et de l'intervention auprès des individus en souffrance. C'est ainsi que les injonctions normatives d'autonomie et d'hyper performance, pour ne nommer que celles-ci, qui prévalent dans notre société et notre époque, se traduiront dans les représentations sociales de ces professionnels quant à la dépression et quant à leurs façons d'intervenir.

Rappelons que notre recherche avait pour but d'explorer les représentations sociales de travailleurs sociaux quant à la dépression. Ainsi, nous avons interviewé six travailleurs sociaux professionnels qui œuvraient dans les services de santé mentale du réseau public montréalais. La majorité de nos participants (n=5) travaillaient dans des CLSC, soient au sein des services de première ligne. Une seule participante travaillait dans un hôpital psychiatrique, considéré comme faisant partie des services surspécialisés de troisième ligne. La plupart de nos participants ont dit que le rétablissement était l'objectif principal du programme santé mentale adulte pour lequel ils travaillent. Cependant, ils ont tous utilisé des termes différents pour parler de ce rétablissement : Louis a parlé de « maintien dans la communauté », Lise a parlé de « rétablir le fonctionnement global de la personne », Claire a parlé de « rétablir un rythme de vie sain » et Selma a parlé de « développer l'autonomie de la personne et favoriser sa responsabilisation ». Il n'est pas surprenant que la majorité de nos participants aient nommé le rétablissement comme objectif de leur programme, puisqu'il s'agit d'un des deux premiers principes directeurs du plus récent plan d'action en santé mentale au Québec (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005), avec le développement du pouvoir d'agir des personnes.

Tel que vu aussi en problématique, les objectifs de l'approche par le rétablissement ne sont pas toujours conciliables avec les contraintes auxquelles sont soumis les services sociaux (Jacobson, 2007). De plus, ces contraintes ne favorisent pas toujours la mise en place de conditions propices à l'approfondissement des interventions et à la prise en compte de la subjectivité et de la singularité des histoires des individus en état de souffrance (Doucet, 2013). Nous savons que les interventions qui s'inscrivent dans le rétablissement sont censées prendre en compte l'histoire de l'individu et le sens qu'il donne à cette histoire. Comme le souligne Jacobson (2007), « *Est-ce que le rétablissement risque d'être coopté, devenant rien de plus qu'une nouvelle étiquette pour les programmes et les services professionnels?* » (p. 247).

Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon ont des délais maximaux à respecter pour les suivis qu'ils offrent aux destinataires de l'intervention. Ces délais « permis » peuvent varier de deux mois à un an, selon les CLSC, à raison de 15 à 20 rencontres au total. Un seul travailleur social, Louis, nous a parlé du *Lean Management* comme méthode de gestion des services sociaux prônée dans son programme, qui s'inspire des usines de montage automobile japonaises et américaines et qui vise à « perdre le moins de temps possible » avec les clients. Louis dit trouver qu'il y a quelque chose de contradictoire entre cette façon de faire et l'objectif de maintien dans la communauté de son programme. Claire, pour sa part, nous mentionne que le contexte dans lequel les clients arrivent dans ses services fait en sorte qu'ils ne sont pas toujours prêts à travailler sur eux-mêmes, leur état n'étant pas toujours stabilisé et leurs idées suicidaires étant encore omniprésentes dans bien des cas. Elle explique que cette prématurité dans le transfert des clients des soins intensifs vers son programme de jour pour troubles de l'humeur est due aux pressions existantes pour écourter le plus possible le séjour des patients à l'hôpital, en raison d'importantes compressions budgétaires.

Le contexte d'exercice de la profession de travailleur social au Québec, nous l'avons vu, a été largement influencé par d'importantes réorganisations politiques et administratives des services de santé et des services sociaux (Lesage, 1999; Bourque, 2009; Mercier et Mathieu, 2000; Racine, 1988). De plus, ces services sont devenus fortement gérés par l'État québécois (Corin et al., 1990) et on fait tout pour les rendre les plus efficaces possible, au moindre coût possible (Fortier, 2010). Cela aurait pour effet d'affecter le sens donné aux pratiques d'intervention sociale (Corin et al., 1990; Parazelli et Dessureault, 2010), ces dernières étant soumises aux impératifs de la gestion technocratique des services sociaux (Racine, 1988; Laforest et Redjeb, 1991), davantage qu'à des considérations cliniques et thérapeutiques. Cette perspective managériale entretient des liens étroits avec la surmédicalisation de la dépression, conçue comme un problème de santé publique qui comporte des risques qu'il faut gérer (Castel, 1981). Dans un tel contexte, au sein duquel les services sont soumis à d'importantes contraintes de temps et d'argent, on peut comprendre que les travailleurs sociaux aient des choix cruciaux à faire lorsqu'ils planifient leurs interventions visant le rétablissement de la dépression.

Par rapport aux opinions des travailleurs sociaux sur la dépression, ses causes et ses manifestations, constatons que la plupart des causes qu'ils ont reliées à la dépression renvoient à des médiateurs entre l'individu et son environnement, ce qui paraît être cohérent avec les objectifs de la profession du travail social. En effet, comme souligné par l'OTSTCFQ (2013), intervenir à la fois sur les déterminants sociaux et sur les caractéristiques des individus impliquerait la mobilisation d'une diversité de savoirs, que posséderaient les travailleurs sociaux.

Toutefois, il y a lieu de se demander s'il y a vraiment consonance entre le discours des travailleurs sociaux et leurs pratiques? Il importe de se poser la question car, comme nous l'avons mentionné plus haut, les conditions contraignantes dans lesquelles les services sociaux s'inscrivent ne favorisent pas toujours l'arrimage entre



les visées des interventions et les retombées réelles de celles-ci. Aussi, tel que soulevé par l'OTSTCFQ (2013), dans son récent énoncé de position en matière d'intervention sociale en santé mentale, les déterminants sociaux ne seraient pas suffisamment pris en compte par les interventions qui visent avant tout la recherche d'efficacité. De telles interventions auraient pour effet de responsabiliser l'individu dans l'explication de ses problèmes et dans la réponse à donner à ceux-ci, renforçant l'injonction normative et paradoxale « Sois autonome ».

Il est intéressant de constater qu'un seul travailleur social, Louis, a souligné la pauvreté reliée à des situations financières difficiles comme facteur pouvant provoquer la dépression. Cela nous paraît surprenant puisque nous aurions pu croire que les travailleurs sociaux allaient être en plus grand nombre à nous parler des liens entre conditions de vie difficiles et problèmes de santé mentale, dont fait partie la dépression. Il semble difficile pour les travailleurs sociaux, du moins pour ceux que nous avons interviewés, d'articuler de manière intégrée leurs explications de la dépression avec la prise en compte de diverses composantes de la vie des individus (leur réalité subjective, leurs conditions de vie, leurs relations interpersonnelles, etc.). Doucet (2014) mentionne à cet égard qu'une distinction – qui n'aurait pas lieu d'être – tend ainsi à s'opérer entre dimensions psychologiques et sociales des problèmes auxquels sont confrontés les individus :

Si les problèmes sociaux telle la pauvreté peuvent aussi, selon les praticiens, expliquer certaines souffrances en termes de conséquence, on ne va pas jusqu'à penser que les problèmes sociaux pourraient éventuellement engendrer des problèmes de santé mentale. [...] On tend à établir une coupure assez nette entre les problèmes sociaux et les problèmes de santé mentale, accentuant une césure entre les dimensions psychologiques et les aspects sociaux (p. 264).

Le fait que nos répondants tiennent les caractéristiques de notre société comme responsables de la dépression mais qu'en même temps, ils encouragent les individus à soigner leur corps physique en prenant des mesures pour le réactiver, nous paraît être un paradoxe en travail social. Tous les travailleurs sociaux de notre échantillon étaient d'avis que les antidépresseurs sont utiles pour aider les gens en dépression, mais ont nuancé à propos de leur efficacité. Lepastier (2008) déplore le fait que le nombre de prescriptions d'antidépresseurs augmente sans arrêt et soulève un important questionnement quant à la légitimité de cette omnipotente vision médicale de la dépression, qui évacue les facteurs psychosociaux comme explications possibles et aussi valables.

En prenant en compte l'éclairage qu'Otero (2000; 2002; 2003) nous apporte au sujet du « corps dont il faut redresser l'humeur et rétablir l'action », on comprend comment les stratégies d'intervention dites psychosociales peuvent contribuer à adapter ces corps individuels aux exigences sociales qui elles, ne sont pas tellement mises en cause. Mais comment intervenir sur ces exigences sociales qui contraignent les individus à être les seuls responsables d'eux-mêmes? Est-ce qu'en travaillant uniquement auprès de ces individus, on ne renforce pas au contraire cette tendance idéologique? Pernicieusement et inconsciemment, est-ce qu'on contribuerait même d'une certaine façon à entretenir la souffrance dépressive, l'individu étant constamment re-confronté à son « insuffisance » et à sa solitude?

Trois participantes (Claire, Noémie et Nathalie) ont affirmé qu'elles avaient plus de questions que de réponses lorsque nous leur avons demandé comment elles expliquaient l'augmentation du nombre de diagnostics de dépression dans notre société. Elles ont toutes trois mentionné être embêtées par cette question. En fait, ce qui semblait surtout difficile à identifier pour elles, selon nous, c'était le sens et la nature de la dépression. Tel que nous l'avons mentionné en problématique, les causes de la dépression sont difficiles à identifier. Depuis une quarantaine d'années, les



psychiatres estiment qu'elle serait le trouble de santé mentale le plus fréquent sur la planète, mais demeurent malaisés dans leurs tentatives d'en circonscrire avec exactitude les causes. Comme le souligne Ehrenberg (2001), « *La psychiatrie n'a pas de théorie de la dépression, mais en revanche elle en a un usage des plus plastiques* » (p. 28). Est-ce qu'on pourrait penser que la dépression est une problématique à ce point complexe qu'elle requiert une lecture « plurithéorique », aucune théorie prise isolément ne parvenant à l'expliquer à elle seule? À la lumière de ces constats, nous pouvons mieux comprendre le questionnement des travailleuses sociales que nous avons interviewées. C'est comme si se trouvait, en filigrane de leur questionnement, une sorte de doute face à la légitimité de tous les diagnostics de dépression. C'est comme si elles se demandaient si la dépression n'est pas sur-diagnostiquée, en étant en quelque sorte un « diagnostic fourre-tout » dans lequel s'inséreraient plein d'autres problématiques mal cernées.

La majorité de nos participants ont parlé, chacun à leur manière, des problèmes relationnels comme étant en cause dans la dépression. Certains ont parlé plus spécifiquement du rôle de l'enfance et de la famille, comme étant important à considérer pour essayer de comprendre la dépression. Selma relie la dépression chez l'adulte à une réponse insuffisante à ses besoins alors qu'il était enfant. Elle cite en exemple la pyramide de Maslow, pour illustrer comment la hiérarchie des besoins est importante à respecter pour assurer un développement harmonieux de la personne. Dans le même sens que Selma, Louis souligne que les besoins fondamentaux de l'enfant, voire même de l'adulte, qui ne sont pas comblés ont un lien assez important avec le développement de la dépression. Ce qu'ont souligné Selma et Louis rejoint tout à fait les propos de la psychanalyste Dorette Gédance (2007), qui affirme que la satisfaction insuffisante des besoins de l'infans par la mère contribuerait grandement à faire « le lit » de la dépression chez l'adulte. Louis par contre rajoute un élément à cette explication, à savoir la pauvreté, qu'il identifie comme étant en cause dans le fait que les besoins de l'enfant ne sont pas comblés.



Nathalie quant à elle explique la dépression par le fait que l'individu porte plus de poids sur ses épaules, le poids d'être heureux et de s'accomplir. Elle dit que notre société et notre époque sont marquées par des exigences élevées de réalisation personnelle et par une crise de sens. Nathalie dit croire que le bonheur dépend de nos attentes. Cela rejoint la conception de la philosophe Clotilde Badal (2003), qui met en cause les valeurs de notre époque dans la recherche excessive du bonheur. Selon Badal, ces valeurs auraient notamment pour effet de décourager la connaissance de soi. En ne cherchant plus la vérité dans son for intérieur, l'individu contemporain entretiendrait un rapport stérile avec lui-même. Il serait par conséquent porté à se replier sur ses intérêts personnels, recherchant seulement la jouissance immédiate, soit la continuelle satisfaction – superficielle – de ses désirs. Dans cette optique, toute insatisfaction de ses désirs risquerait de devenir pour l'individu insupportable et contribuerait ainsi à sa dépression (Badal, 2003). La recherche excessive, voire obsessionnelle du bonheur renvoie à l'image d'un individu sans désir. Cette image de l'individu sans désir correspondrait à une conception irréaliste de l'atteinte du bonheur. Les désirs, étant considérés, à tort, comme l'équivalent des besoins non comblés, ces désirs, puisque non comblés, seraient associés à la souffrance, voire à la douleur. Ainsi, ne plus avoir « besoin de désirer » serait perçu comme étant l'apogée du bonheur, puisque cela correspondrait à un individu dépourvu de toute souffrance. Pourtant, la capacité de désirer, autant que la recherche de satisfaction des besoins par ailleurs, font partie intégrante du sentiment d'être vivant (Badal, 2003).

Louis mentionne que la situation amoureuse et la situation financière sont les deux situations qu'il rencontre le plus souvent dans sa pratique. Pour Lise, la dépression est très reliée à un mode relationnel dysfonctionnel, notamment chez les femmes opprimées dans certaines cultures, qui sont ni respectées par leur mari, ni par leurs enfants. Lise tient également comme responsable de la dépression ce qu'elle appelle la « pauvreté des rapports sociaux ». Cette attention accrue au mal-être intérieur qui nuit à l'actualisation de l'individu, n'est pas sans lien avec la crise du sujet, à laquelle

nous faisons référence en problématique (Otero, 2000; Ehrenberg, 2001, 2008; Badal, 2003; Aubert, 2003; Doucet, 2013).

Noémie, pour sa part, souligne que l'adolescence est une étape très difficile à vivre pour les parents, qui sont plus susceptibles de devenir dépassés par les défis parentaux auxquels ils sont confrontés et qui peuvent ainsi développer des symptômes de dépression. Noémie souligne aussi le fait que les liens intergénérationnels ne sont plus les mêmes qu'à l'époque des années 50-60, où « papa avait raison ». Elle dit observer souvent chez ses clients l'existence de conflits relationnels « *qui viennent déclencher un épisode dépressif* ». Elle dit que les gens rapportent souvent vivre des insatisfactions dans leurs relations familiales ainsi que dans leurs relations au travail. Selon la théorie systémique, la dépression serait intimement reliée aux difficultés relationnelles vécues au sein du couple et/ou de la famille. Gervasoni (2005) nous parle du lien entre dépression et difficultés conjugales, mais précise qu'il n'est pas clair si la dépression précède (donc provoque) les difficultés relationnelles, ou si elle en résulte. Quoi qu'il en soit, il semble cohérent avec l'approche systémique de considérer la dépression comme étant partie prenante d'une dynamique relationnelle problématique, laquelle a besoin d'être travaillée afin de diminuer les symptômes de dépression.

L'approche cognitivo-comportementale semble vraiment être à la mode chez les travailleurs sociaux que nous avons interviewés, beaucoup plus que les approches systémique, humaniste et psychodynamique, approches mentionnées seulement par quelques-uns de nos répondants. C'est sans doute le côté simple et pratique de l'approche cognitivo-comportementale qui explique sa popularité, la rendant facilement utilisable, dans un contexte de court-terme où la pression des listes d'attente et de la plainte du client souffrant, et non « acheteur », se font sentir. En effet, « *Les cognitivistes et les comportementalistes ont la cote pour ce qui est du*



*pragmatisme, de la capacité d'adaptation et de la promotion de l'autonomie comme cœur axiologique de la démarche thérapeutique.* » (Otero, 2011 : 251).

Par rapport aux retombées scientifiques de notre recherche, nous pensons que le regroupement des opinions des travailleurs sociaux quant à la dépression et à l'intervention, permis par l'écriture de ce mémoire, pourrait contribuer aux connaissances sur les représentations sociales de la dépression. Tel que déjà mentionné, les représentations sociales des travailleurs sociaux sur la dépression est un objet non encore étudié par des recherches en sciences humaines. Toutefois, rappelons qu'il est impossible de pouvoir généraliser nos résultats à l'ensemble des travailleurs sociaux, puisque notre échantillon était vraiment petit. Il serait donc irréaliste de prétendre avoir mis à jour les représentations sociales des travailleurs sociaux sur la dépression, à partir de seulement six entretiens. Sur le plan professionnel, le fait d'avoir présenté dans cette recherche plusieurs théories différentes pour appréhender la dépression, pourrait contribuer aux pratiques existantes pour intervenir auprès d'individus souffrant de ce trouble. Il pourrait même être pertinent d'éventuellement rédiger un guide de pratique à ce sujet.

Nous croyons qu'il pourrait être utile de poursuivre des recherches au sujet des représentations sociales de travailleurs sociaux sur la dépression et aussi sur d'autres problématiques de santé mentale. En effet, s'intéresser aux représentations sociales peut permettre d'en apprendre beaucoup sur le sens donné aux problèmes de santé mentale ainsi que sur les stratégies d'intervention déployées par les professionnels; tel que nous l'avons vu, les représentations sociales ont notamment pour fonction de guider l'action (Jodelet, 2003; Mannoni, 2012). Il serait pertinent d'effectuer une étude comportant un plus grand échantillon, afin d'augmenter la fiabilité et la généralisation des résultats. De plus, il serait également intéressant de mener une étude dont la collecte de données prendrait en compte tant le point de vue des travailleurs sociaux que celui des individus auprès desquels ils sont intervenus. Notre



étude nous a donné seulement un côté de la médaille; il serait pertinent de connaître l'autre, soit celui des destinataires de l'intervention. Quant à la formation des travailleurs sociaux, il nous semble qu'il serait approprié d'inclure dans le cursus universitaire un cours sur les représentations sociales de la maladie mentale, si ce n'est déjà fait. Un tel cours pourrait non seulement exposer les futurs travailleurs sociaux à de nombreuses conceptions possibles, mais également les emmener à réfléchir sur leurs propres représentations sociales ainsi que sur les fonctions et l'origine de celles-ci. En devenant plus conscients de l'impact de leurs représentations sociales sur leurs pratiques, les travailleurs sociaux pourraient devenir plus ouverts dans les opinions qu'ils émettent quant aux causes et aux manifestations de la dépression, et plus flexibles dans leur articulation des approches théoriques desquelles ils s'inspirent pour intervenir.

## ANNEXE A : GUIDE D'ENTRETIEN

### **Guide d'entretien semi-dirigé**

- Le contexte organisationnel et les pratiques d'intervention :
  - 1) Pouvez-vous me décrire votre milieu de travail (objectifs du programme, services offerts, approches préconisées, etc.)?
  - 2) Pouvez-vous me parler des aspects appréciés et de ceux qui sont plus difficiles dans votre travail en santé mentale?
- L'histoire de cas choisie par le travailleur social :
  - 1) Pouvez-vous me résumer l'histoire d'une personne en dépression rencontrée dans votre pratique?
  - 2) Pouvez-vous me résumer des objectifs qui ont été travaillés avec la personne (ou avec le groupe de personnes)?
  - 3) Comment s'est terminée l'intervention?
  - 4) Si l'intervention est toujours en cours, comment envisagez-vous la « suite des choses »?
- Opinions sur la dépression, ses causes, ses manifestations et sur les approches théoriques dont s'inspirent les travailleurs sociaux dans leur pratique :
  - 1) Quelle est votre opinion sur l'ampleur de la dépression? Comment l'expliquez-vous?
  - 2) Quelle est votre opinion sur les meilleures approches pour intervenir? Lesquelles préconisez-vous pour intervenir?
  - 3) Quelle est votre opinion sur les antidépresseurs?



- 4) Quelle est votre opinion sur l'aide clinique?
- 5) Pouvez-vous me donner votre opinion sur les approches théoriques choisies pour expliquer les causes de la dépression et pour justifier l'intervention considérée appropriée.

## ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

« Intervenir auprès d'individus en dépression : repères normatifs des travailleurs sociaux »

### **IDENTIFICATION**

Responsable du projet : Sonia Grenier  
Programme d'enseignement : Maîtrise en travail social  
Adresse courriel : grenier.sonia.2@courrier.uqam.ca  
Téléphone : 514-971-3803

### **BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION**

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à identifier les repères normatifs des travailleurs sociaux intervenant auprès d'individus en dépression. Il vise également à saisir quelles représentations les travailleurs sociaux se font de la dépression et comment ils s'y prennent pour aider les individus ou groupes d'individus auprès desquels ils sont appelés à intervenir. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Michel Parazelli, professeur du département de travail social de la Faculté des sciences humaines. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 2746 ou par courriel à l'adresse : parazelli.michel@uqam.ca.

### **PROCÉDURE(S)**

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire une situation clinique rencontrée dans votre pratique, passée ou présente. Par la suite, une série de questions, au sujet de cette situation ainsi qu'au sujet de la dépression en général, vous seront posées, afin de vous amener à parler des repères qui orientent votre vision de la dépression ainsi que vos choix de stratégies d'intervention. Cette entrevue est enregistrée numériquement sur support informatique, avec votre permission, et prendra environ 1h30 de votre temps. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec la responsable du projet. La transcription dans un logiciel de traitement de texte qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

### **AVANTAGES ET RISQUES**

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par l'exploration des repères normatifs qui concourent aux choix d'intervention qui sont faits par les travailleurs sociaux pratiquant auprès d'individus souffrant de dépression. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette entrevue. Vous devez cependant



prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience personnelle ou d'intervention, qui s'était peut-être mal terminée ou qui avait été plutôt éprouvante. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si elle estime que votre bien-être est menacé.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, la responsable du projet et son directeur de recherche, Michel Parazelli, auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique de l'entrevue et sa transcription dans un logiciel de traitement de texte) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la responsable du projet pour la durée totale du projet. Par la suite, ils seront entièrement détruits.

Lors de la rédaction des résultats de recherche, seul le type d'établissement pour lequel je travaille (CLSC ou hôpital psychiatrique) sera précisé, mais jamais le nom de celui-ci sera mentionné. Les données concernant mon âge, mon sexe, le nombre d'années d'expérience à mon actif ainsi que la formation académique que je détiens seront précisées, afin de présenter la composition de l'échantillon de recherche. Il est également entendu qu'un nom fictif sera employé lorsque la responsable du projet fera allusion au contenu de mon entrevue dans la rédaction de ses résultats de recherche.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

### **COMPENSATION FINANCIÈRE**

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?**

Vous pouvez contacter la responsable du projet au numéro (514) 971-3803 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de

recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Marc Bélanger, au numéro (514) 987-3000 # 5021. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

### REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

### SIGNATURES :

Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Coordonnées (courriel et no. de téléphone) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du responsable du projet : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

*Veillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à la responsable du projet.*

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Traduction française par J.-D. Guelfi *et al*, Paris : Masson, 2004, 384 pages.
- Ambresin, Gilles et al. (2009). Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies*, vol. 29, no. 2, p. 75-84.
- Aubert, Emmanuel (2012). Le positivisme dans la prévention de la récurrence : quand la « science » nourrit le contrôle social. *Nouvelles pratiques sociales*, Hors série, no. 1, p. 49-64.
- Aubert, Nicole (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Flammarion, 375 pages.
- Audrain, Catherine (2006). *Soubassements historiques du traitement de la dépression : de l'Antique visage de la mélancolie au sujet neuronal*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 116 pages.
- Aviram, Uri (2002). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Social Work Health Care*, 350, 615-632.
- Badal, Clotilde (2003). Les preuves de l'existence de soi. La nouvelle croisade du sujet post-moderne. *Études*, vol. 3, no 398, p. 765-776.
- Barbier, André (2004). Peut-on exister sans cette souffrance qui fait partie de soi? *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, no. 5, p. 1699-1704.
- Beaucage, Clément; Cardinal, Lise; Kavanagh, Mélanie; Aubé, Denise (2009). La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies



d'intervention : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, Vol. 34, no. 1, p. 77-100.

Bergeron-Leclerc, Christiane et Cormier, Céline (2009). Les ingrédients magiques de la relation d'aide. Une exploration des facteurs à l'origine du succès de l'intervention dans le champ de la santé mentale. *Service social*, Vol. 55, No. 1, p. 1-16.

Berteaux, Daniel (2005). L'analyse comparative. Dans *L'enquête et ses méthodes : Les récits de vie*, 2<sup>e</sup> éd. Éditions Armand-Colin, Coll. Sociologie 128, 95-106.

Bertrand, Lewin (2004). Réflexions sur la dépression. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, no. 4, p. 1073-1083.

Berquin, Anne (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*, no. 6, p. 1511-1513.

Bettmann, Joanna E. (2006). Using attachment theory to understand the treatment of adult depression. *Clinical Social Work Journal*, 34 (1), p. 531-542.

Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 210 pages.

Bourdieu, Pierre (1993). Comprendre, Dans *La misère du monde*, Paris : Seuil, 903-925, 949 pages.

Bourque, Denis (2009). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec. Dans *Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires : Colloque international du réseau européen CEFUTS* (Toulouse, 2 et 3 juillet 2009), Cahier no. 0907, 25 pages.



- Briffault, Xavier (2010). *La fabrique de la dépression. Observer, comprendre, agir.* Paris : Armand Collin, 239 pages.
- Carpenter, Jenneth (2002). Mental Health Recovery Paradigm : Implications for Social Work. *Health & Social Work*, 27:2, 86-94.
- Castel, Robert (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse.* Paris : Éditions de minuit, 228 pages.
- Chemama, Roland (2006). *Dépression, la grande névrose contemporaine.* Paris : Éditions Érès, 207 pages.
- Cohen, Jeffrey A. (2003). Managed Care and the Evolving Role of the Clinical Social Worker in Mental Health. *Social Work*, 48:1, 34-43.
- Contandriopoulos, A-P., Champagne, F., Potvin, L. et P. Boyle (1990). Chapitre 3 : Population à l'étude. Dans *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*, Ville : Presses de l'Université de Montréal, p. 65-81, 196 pages.
- Corin, Ellen; Poirel, Marie-Laurence; Rodriguez, Lourdes (2011). *Le mouvement de l'être : paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale.* Coll. Problèmes sociaux et intervention. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 218 pages.
- Corin, Ellen et al. (1990). *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale.* Les presses de l'Université de Montréal, 253 pages.
- Cousineau, Pierre (2010). La thérapie des schémas. *Psychologie Québec*, vol. 27, no. 5, p. 33-34.

- Couturier, Yves et Carrier, Sébastien (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no. 2, p. 68-79.
- Couturier, Yves (2002). Champ sémantique de l'intervention et formes transdisciplinaires du travail : le cas de la rencontre professionnelle des infirmières et des travailleuses sociales en CLSC. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15, no. 1, p. 147-164.
- Cungi, Charly et I. Note (2004). *Faire face à la dépression*. Paris : Éditions Retz, 223 pages.
- De Gaulejac, Vincent (1993). La sociologie et le vécu. Dans *Sociologies cliniques*, sous la dir. de Vincent de Gaulejac et Shirley Roy, Desclée de Brouwer, 314-325, 332 pages.
- Déroche, Stéphane (2007). La dépression ou l'inconscient révélé, *Cahiers de psychologie clinique*, Vol. 2, No. 29, 91-103.
- Deslauriers, Jean-Pierre (1991). Chapitre 3 : La collecte des informations. Dans *Recherche qualitative : guide pratique*. Les éditions McGraw-Hill, 33-57, 142 pages.
- Doucet, Marie-Chantal (2014). Grammaire du métier de praticien de première ligne en santé mentale jeunesse : catégories cognitives et configuration d'une individualité « authentique ». Dans *Penser les liens entre santé mentale et société*. Montréal : Presses de l'Université du Québec, pp. 251-276, 364 pages.
- Doucet, Marie-Chantal (2013). Arrimer l'hétérogène et le singulier. L'exemple de la santé mentale. Dans *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui? Repenser la non-conformité*. Montréal : Presses de l'Université du Québec, pp. 85-100, 394 pages.

- Doucet, Marie-Chantal (2011). Problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'intervention, une perspective socioclinique. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, Vol. 17, no. 1, p. 150-174
- Du Ranquet, Mathilde (1991). *Les approches en service social*. 2<sup>e</sup> éd. Éditions Édisem, 222 pages.
- Egan, Gerard (2005). *Communication dans la relation d'aide*. 2<sup>e</sup> éd. Laval : Beauchemin, 466 pages.
- Ehrenberg, Alain (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob, 439 pages.
- Ehrenberg, Alain (2008). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 318 pages.
- Ehrenberg, Alain (2001). De la névrose à la dépression. Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine, *Figures de la psychanalyse*, Vol. 1, No. 4, p. 25-41.
- Fédida, Pierre (2001). *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, 259 pages.
- Fortier, Isabelle (2010). La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 22, no. 2, p. 35-50.
- Garnoussi, Nadia (2012). Une maladie comme une autre? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif. *Lien social et politiques*, No. 67, p. 17-32.
- Garnoussi, Nadia (2011). Le *Mindfulness* ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale. *Sociologie*, Vol. 3, No. 2, p. 259-275.



- Gauthier, Benoît (2003). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, 619 pages.
- Gédance, Dorette (2007). Le travail psychanalytique dans les dépressions. *Psychothérapies*, vol. 27, no. 4, p. 221-230.
- Gervasoni, Nicola (2005). Quelle est la place des thérapies systémiques dans le traitement de la dépression?, *Thérapie familiale*, Vol. 26, No. 4, 357-363.
- Goldbeter-Merinfeld, Édith (2012). Outils thérapeutiques pour l'approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 1, no. 48, p. 5-11.
- Gourion, David et H. Lôo (2007). La dépression est-elle une maladie? In *Les nuits de l'âme : guérir de la dépression*. Paris : Odile Jacob, 16- 34, 240 pages.
- Grenon, V., Larose, F. et Carignan, I. (2013). Réflexions méthodologiques sur l'étude des représentations sociales : rétrospectives de recherches antérieures. *Phronesis*, vol. 2, no. 2-3, p. 43-49.
- Huot, François et Couturier, Yves (2003). L'examen des usages de la théorie en intervention sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, p. 19-29.
- Jacobson, Nora (2007). Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement. *Santé mentale au Québec*, vol. 32, no. 1, p. 245-264.
- Jeliu, Gloria (2004). Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention. *Prisme*, no. 44, p. 84-91.
- Juhel et al. (2012). Introduire un travail systémique au sein d'un service de psychiatrie : un paradoxe? *Thérapie Familiale*, vol. 33, no. 3, p. 183-200.

- Jodelet, Denise (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, no. 89, p. 25-46.
- Jodelet, Denise (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle Revue de Psychologie*, no 1, p. 219-239.
- Jodelet, Denise (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans *Les savoirs quotidiens. Transmissions, Appropriations, Représentations*, sous la dir. De Valérie Hass, Rennes : Les Presses universitaires de Rennes, p. 235-255, 274 pages.
- Jodelet, Denise (2003). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans *Les représentations sociales*, Paris : PUF, p. 47-78, 454 pages.
- Jodelet, Denise (1989). Chapitre 5 : Connaître sans savoir. Dans *Folies et représentations sociales*, Paris : PUF, p. 159-179, 398 pages.
- Jolicoeur, Marie et Sauvé, François (2000). *Mieux comprendre la psychothérapie. 27 questions-réponses*. Montréal : Stanké, 144 pages.
- Karsz, Saül (2011). *Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique. 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée*. Paris : Dunod, 248 pages.
- Kindynis, Sophie et René, Margaux (2013). Thérapie des schémas chez la personne âgée déprimée. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 23, p. 31-38.
- Laforest, M. et Redjeb, B. (1991). Le service social et les conditions de sa pratique : un rapport à examiner. *Service social*, vol. 40, n° 2, p. 89-104.

- Lapointe, Marie-Ève (2005). *Entre vécu et discours. Une sociologie critique de la dépression*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 116 pages.
- Larouche, Michel (2009). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. *Psychologie Québec*, vol. 26, no. 6, p. 33-35.
- Leblanc, Jean et Streit, Ursula (2008). Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI). *Santé mentale au Québec*, Vol. XXXIII, No. 2, 31-47.
- Leblanc, Jean et coll. (1996). *Démystifier les maladies mentales : les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 296 pages.
- Lebrun, Paule (1996). Face à l'ombre : entrevue avec Jan Bauer. *Guide ressources*, vol. 11, no. 8, p. 37-41.
- Lecomte, Conrad et Richard, Annette (1999). La psychothérapie humaniste-existentielle d'hier à demain : épilogue. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 20, no. 2, p. 189-205.
- Le Moigne, Jean-Louis (2012). *Les épistémologies constructivistes*. Paris : PUF, collection Que Sais-je?, 128 pages.
- Lepastier, Samuel (2008). La construction de la maladie dépressive dans la psychiatrie athéorique. *Cliniques méditerranéennes*, vol. 1, no. 77, p. 77-92.
- Lesage, Alain (1999). Quatre décennies de désinstitutionnalisation au Québec : la longue marche vers un hôpital sans murs. Dans *La santé demain : vers un système de soins sans mur*, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne. Paris : Economica. p. 142-152, 298 pages.
- Lessard, Geneviève et Turcotte, Daniel (2000). Les représentations sociales des familles à risque chez des intervenants sociaux. Un paradoxe révélateur. Dans *Comprendre la famille : Actes du 5e symposium québécois de recherche sur la*



- famille*. Simard, Marie et Alary, Jacques (2000). Sous la direction -. Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, p. 239-259, 390 pages.
- Lewin, Bertram D. (2004). Réflexions sur la dépression, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68, No. 4, p. 1073-1083.
- Lutz, Catherine (2004). *La dépression est-elle universelle?* Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 122 pages.
- Mannoni, Pierre (2012). *Les représentations sociales*. Paris : PUF, Collection Que sais-je?, 125 pages.
- Mayer, Robert et coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur, 409 pages.
- Mercier, Clément et Mathieu, Réjean (2000). Le travail social : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 13, no. 1, p.15-25.
- Monestès, Jean-Louis, Villatte, Matthieu et Loas Gwénolé (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 19, p. 30-34.
- Mongeau, Pierre (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté jeans et côté tenue de soirée*. Montréal : PUF, 158 pages.
- Minois, Georges (2003). *Histoire du mal de vivre : de la mélancolie à la dépression*. Paris : Éditions de La Martinière, 478 pages.
- Moreau, Nicolas (2009). *Entre mémoire vive, connexion et récit-projet. Une analyse sociologique du rapport au temps chez les individus dépressifs*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, 259 pages.

- Negura, Lilian (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales, *SociologieS*, 1:1, p. 1-16.
- O'Brien, Ann-Marie and Calderwood, Kimberley, A. (2010). Living in the Shadows: A Canadian Experience of Mental Health Social Work. *Social Work in Mental Health*, 8: 319-335.
- OTSTCFQ (2012). *Référentiel de compétence des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal, 34 pages.
- Otero, Marcelo (2011). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Éditions du Boréal, 374 pages.
- Otero, Marcelo (2005). Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation, *Cahiers de recherche sociologique*, No 41-42, 5-15.
- Otero, Marcelo (2003). La dépression et les antidépresseurs entre le corps et la norme : mort du sujet? *Frontières*, Vol. 16, no. 1, automne 2003, 29-36.
- Otero, Marcelo (2002). L'intervention en « santé mentale » : entre la discipline et le primat du corps. *Cahiers de recherche sociologique*, no. 38, automne 2002, 77-97.
- Otero, Marcelo (2000). Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec : la régulation des conduites. *Sociologie et société*, vol. 32, no. 1, printemps 2000, 213-228.
- Otero, Marcelo (1999). L'intervenant psychosocial et sa magie. *Revue canadienne de psycho-éducation*, Vol. 28, no. 1, 105-114.
- Otero, Marcelo (2005) Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, Nos. 41-42, p. 65-89.

- Paquette, Daniel, Bigras, Marc et Parent, Sophie (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 33:2, 88-96.
- Parazelli, Michel (2009). Le défi du renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 22, no. 1, p. 3-12.
- Parazelli, Michel (2010). L'autorité du « marché » de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 22, no. 2, p. 1-13.
- Parazelli, Michel, Nengeh Mensah, Maria et Colombo, Annamaria (2010). Exercer le droit au logement. Le cas d'un épisode de squattage à Montréal en 2001. *Lien social et Politiques*, No. 63, p. 155-168.
- Parazelli, Michel et Dessureault, Suzanne (2010). Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité. *Les politiques sociales*, 1 & 2, p. 13-26.
- Piron, Florence (2003). La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public. *Anthropologie et sociétés*, Vol. 27, no. 3, p. 47-71.
- Poirel, Marie-Laurence et Corin, Ellen. (2014). Le savoir à l'épreuve de l'incertitude dans l'intervention en santé mentale, *Revue québécoise de psychologie*, no.1, p. 23-35
- Poupart, Jean et al (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur, 405 pages.
- Proctor, Enola K. (2004). Research to inform mental health practice : Social work's contributions. *Social Work Research*, 28:4, 195-197.
- Provencher, Hélène L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no. 1, pp. 35-64.



- Québec (Ministère de la Santé et des Services Sociaux) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 96 pages.
- Quivy, Raymond et L. Van Campenhoudt (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod, 256 pages.
- Racine, Pierre (1988). Gestion professionnelle et gestion technocratique des services sociaux. *Revue internationale d'action communautaire*, n° 19/59
- Renaud, Gilbert (1995a). Individualisme, individualité et travail social. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 8, no. 2, p. 139-155
- Renaud, Gilbert (1995b). Système symbolique et intervention sociale, *Intervention*, no. 100, pp. 12-22.
- Richard, Stéphane (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, no. 2, p. 111-139.
- Richard, Christèle et Kramer, Ueli (2013). Le silence comme outil thérapeutique dans la dépression : élaboration théorique basée sur une étude de cas. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 23, no. 4, p. 171-180.
- Robin, Didier (2005). La dépression est la vérité inversée du désir, *Cahiers de psychologie clinique*, Vol. 1, No. 24, 63-82.
- Roc, Marie Lyne et Hébert, Alain (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position*. Montréal : OSTCFQ, 44 pages.
- Rodriguez, Lourdes, Bourgois, Linda et Landry, Yves (2006). Chapitre 1: Repenser la qualité. Dans *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la*

*communauté: changer de perspective*. Les presses de l'Université du Québec, p. 11-28, 329 pages.

Rouquette, Michel-Louis (1998). Les représentations sociales et le triple miroir de classe. *Québec Français*, no. 110, p. 31-33.

Roy, S. (2005). La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 15, no. 4, p. 159-160.

Rullac, Stéphane (2011). De la scientificité du travail social. Quelles recherches pour quels savoirs? *Pensée plurielle*, vol. 1, no. 26, p. 111-128.

Ryan, Martin, Healy, Bill and Renouf, Noel (2004). Doing It Well: An Empirical Study of Expertise in Mental Health Social Work. *Social Work in Mental Health*, No. 2/3, 21-37.

Ryan, Martin, Merighi, Joseph R., Healy, Bill and Renouf, Noel (2004). Belief, Optimism and Caring: Findings from a Cross-national Study of Expertise in Mental Health Social Work. *Qualitative Social Work*, 3:4, 411-429.

Shankar, Janki, Barlow, Constance A. and Khalema, Ernest (2011). Work, Employment, and Mental Illness: Expanding the Domain of Canadian Social Work. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*. 10:4, 268-283.

Schoendorff, Benjamin (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris : Retz, 207 pages.

Tenenbaum, Lucien (2009). *La dépression, une épreuve moderne*. Paris : L'Harmattan, 255 pages.

- Tremblay, Philippe (2012). *Les représentations sociales de la dépression et de ses enjeux : comparaisons d'intervenants et de patients et relations avec l'état dépressif*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, 236 pages.
- Tremblay, Philippe (2005). Les représentations sociales de la dépression : vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs. *Journal international sur les représentations sociales*, Vol. 2, No. 1, 44-56.
- Trépanier, Dominique (2010). *Analyse d'une thérapie cognitive comportementale dans le traitement de la dépression*. Essai de troisième cycle, Université du Québec à Trois-Rivières, 113 pages.
- Van de Sande et al. (2002). *Le travail social : théories et pratiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 272 pages.
- Young, Jeffrey (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York : The Guilford Press, 436 pages.
- Young, Jeffrey et Klosko, Janet (1995). *Je réinvente ma vie. Vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal : Éditions de l'Homme, 360 pages.
- Zaghdoudi, L., El Moubarkim, A., Halayem, S., Ben Bechir, M. et R. Labbane. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 657-661.

## EN LIGNE

Agence de la santé publique du Canada (2012). « Santé mentale ». Santé Canada. En ligne. < <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-/mental/index-fra.php> > . Consulté le 24 juin 2014.

Association canadienne pour la santé mentale (2014). « Santé mentale. Définition ». En ligne. <<http://acsm.qc.ca/sante-mentale/definition>>. Consulté le 5 juin 2014.

Association canadienne pour la santé mentale (1996). « Dépression au travail ». En ligne. <[http://www.cmha.ca/fr/mental\\_health/depression-au-travail/#.VEwTAfl5Mqs](http://www.cmha.ca/fr/mental_health/depression-au-travail/#.VEwTAfl5Mqs)>. Consulté le 24 juin 2014.

Gauthier, Alexandre (2009). « Verdun accueille la première clinique-réseau intégrée du Québec ». Le Messager Verdun. En ligne. <<http://www.messagerverdun.com/Societe/Sante/2009-09-10/article-806658/Verdun-accueille-la-premiere-clinique-reseau-integree-du-Quebec/1>> Consulté le 29 mai 2011.

Jobin, Josée et Sévigny, Luc (s.d.). « Présentation de la thérapie centrée sur les schémas ». Jobin Sévigny psychologues psychothérapeutes. En ligne. < <http://www.jobinsevigny.ca/articles> >. Consulté le 7 juillet 2014.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2009). « La dépression est une maladie. Une vraie maladie. » En ligne. <<http://www.masantementale.gouv.qc.ca>>. Consulté le 21 octobre 2009.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2004). « Centres de santé et de services sociaux – RLS : Création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur des 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) ». En ligne. <<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>>. Consulté le 27 février 2011.



Organisation mondiale de la santé (2014). « La santé mentale : renforcer notre action ». En ligne. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>>. Consulté le 5 juin 2014.

Organisation mondiale de la santé (2012). « La dépression ». En ligne. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>>. Consulté le 24 juin 2014.

Pineault, Jean-Philippe (2009). « Antidépresseurs : consommation en hausse de 196% chez les jeunes québécois. » Rue Frontenac. En ligne. <<http://www.ruefrontenac.com/nouvelles-generales/education/9640-rentree-scolaire-antidepresseurs>>. Consulté le 27 février 2011.

Revivre (2008). « Les troubles dépressifs ». En ligne. <[http://www.revivre.org/tinymce/jscripts/tiny\\_mce/plugins/filemanager/files/files/T.Depressif/La%20depression%20majeure.pdf](http://www.revivre.org/tinymce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/files/T.Depressif/La%20depression%20majeure.pdf)>. Consulté le 18 juillet 2014.

Salathé, Marie-Noëlle (2011). « L'approche existentielle en psychothérapie ». En ligne. <<http://sciences-croisees.com/N7-8/pro/SALATHEE.pdf>>. Consulté le 25 mai 2014.

Santé Canada (2013). « Santé mentale ». En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/mental/index-fra.php>>. Consulté le 5 juin 2014.

## FILM

Arcand, Paul (2007). *Québec sur ordonnance*. Prod. Denise Robert et Daniel Louis. Montréal : Alliance Vivafilm, 1 DVD, 90 min, son, couleur.